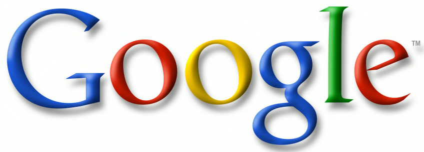
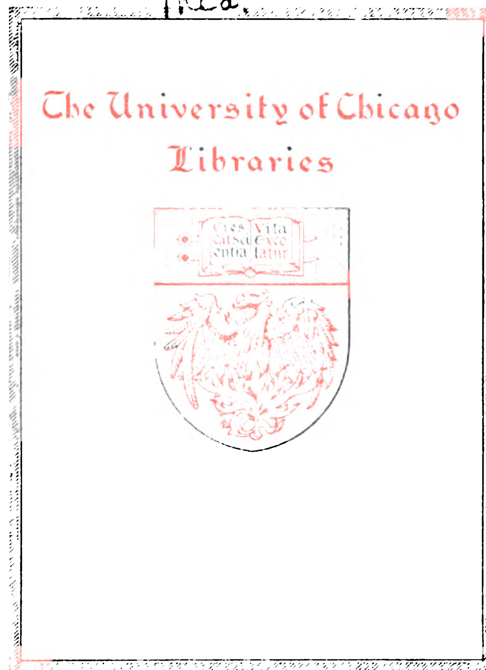



The University of Chicago
Libraries
Crescat scientia vita excolatur

Prof. Fichte

Bruns'

BEITRÄGE
ZUR
KLINISCHEN CHIRURGIE

Unter Mitwirkung von

Prof. Dr. **GARRÈ** in Bonn und Prof. Dr. **KÜTTNER** in Breslau

redigiert von

P. v. BRUNS
in Tübingen.

SECHSUNDACHTZIGSTER BAND
Supplement-Heft

Jahresbericht

der

Heidelberger chirurgischen Klinik

für das Jahr 1912

Mit einem Vorwort

herausgegeben von

Professor Dr. **M. Wilms**
Direktor der chirurgischen Klinik

Redigiert von

Professor Dr. **Georg Hirschel**
I. Assistenzarzt der Klinik

TÜBINGEN
VERLAG DER H. LAUPP'SCHEN BUCHHANDLUNG
1913.

DRUCK VON H. LAUPP JR IN TÜBINGEN.

INHALT.

Jahresbericht der Heidelberger chirurgischen Klinik für 1912.

Vorwort

von

Prof. Wilms.

Im Jahre 1912 stieg die Zahl der verpflegten Kranken auf 3758, die Zahl der Operationen auf 2721, eine wesentliche Zunahme gegen die Vorjahre, 1911 2532, 1910 2303. Die Gesamtmortalität betrug 3,93% gegen 4,3% und 4,2% in den beiden vorhergehenden Jahren. Die operative Sterblichkeit, also nur berechnet auf die operierten Patienten betrug 4,2% gegen 4,7% und 4,5% in den beiden Vorjahren.

Fast alle einzelnen Krankheitsgruppen zeigen eine deutliche Zunahme, speziell im operativen Betriebe. So sind die Operationen am Schädel erhöht (27), die Kropfoperationen wesentlich vermehrt (245 gegen 188 und 171 in den beiden Vorjahren). Ganz besonders haben die Basedowkröpfe stark zugenommen (36 gegen 24 und 9 in den Jahren 1911 und 1910). Die Zahl der Thorakoplastiken wegen Lungentuberkulose erhöhte sich auf 18. Auch die Hernien haben wieder zugenommen (475). Die Zahl der Magenoperationen ist etwa die gleiche geblieben. Hier hat sich die von uns eingeführte Fascienumschnürung des Pylorus zur Erreichung von Dauerresultaten bei Geschwüren des Magens und Zwölffingerdarmes recht gut bewährt. Sie wurde in 9 Fällen angewendet. Auch die Spätuntersuchungen haben gezeigt, daß sie unsere Erwartungen in jeder Richtung hin befriedigt haben.

Bei den Blinddarmoperationen zeigte sich immer wieder der Nachteil konservativer Therapie. Die Todesfälle kommen fast nur auf solche Patienten, die mit allgemeiner Bauchfellentzündung oder mit multiplen Abscessen in Behandlung kamen. Von 116 akuten Blinddarmentzündungen mit frühzeitiger Operation ist kein Fall gestorben, von 39 schon mit Abscessen behafteten sind 3 gestorben und von 63 mit ausgedehnterer und zum Teil diffuser Bauchfellentzündung sind 12 gestorben, Fälle, die wohl bei Frühoperation zum größten Teil hätten gerettet werden können. Eine zu späte Einlieferung mancher Fälle zeigt sich auch deutlich bei dem Kapitel Ileus, wo wir bei Frühoperation heute sehr günstige Resultate aufweisen können, während durch die späte Einweisung von derartigen Fällen, am 3. oder 4. Tage, es nur gelingt, etwa die Hälfte der Fälle zu retten. Unter 11 Fällen sind 5 gestorben. Sehr günstig erweisen sich die diesjährigen Resultate der Gallen-

steinoperationen. Hier ist von den nicht komplizierten Fällen von Gallensteinerkrankungen, bei denen die Blase entfernt wurde, das sind 80, keiner gestorben. Dagegen fallen auf 17 komplizierte Fälle, bei denen schon Perforationen der Blase vorlagen und die zum größten Teil mit Peritonitis oder Cholangitis eingeliefert wurden, 6 Todesfälle. Von den reinen Choledochotomien, 29, ist einer gestorben. Auch bei den Fällen von Verbindung der Gallenwege mit dem Magen oder Darm nach meiner Methode der Dauerdrainage mit Gummidrain (6 Fälle) ist stets Heilung eingetreten. Die Summe der Nieren- und Blasenoperationen ist nicht wesentlich verändert. Dagegen haben stark zugenommen die Operationen an der Prostata, wo wir nach eigener Methode 34 Fälle operierten ohne Todesfall. Das Durchschnittsalter dieser Patienten war 67½ Jahre, ein Beweis dafür, daß der Eingriff kein schwerer ist. Eine Dauerfistel ist nicht zurückgeblieben. Die meisten Patienten zeigten schon bei der Entlassung eine Kontinenz von 1—2 Stunden.

Die Extremitätenchirurgie hat sich einerseits durch die Röntgenbestrahlung der Tuberkulose, andererseits durch die Fortschritte der plastischen Chirurgie im erfreulichen Sinne wesentlich verschoben, indem die operativen Eingriffe wegen Tuberkulose, deren Resultate früher durchaus nicht glänzende waren, verringert werden konnten und dennoch Heilung der Prozesse besonders bei Kindern eintraten. Mit dem Wachstum der Orthopädischen Ambulanz (1050 Patienten im Jahre 1912 gegen 746 im Jahre 1911) hat auch das operative Material, das für den Unterricht unentbehrlich ist, zugenommen. Starke Zunahme zeigen hier Plattfüße, Skoliosen, Kinderlähmung, Coxa vara.

Die chirurgische Ambulanz war besucht von 1116 Patienten. Stark gewachsen ist die Tätigkeit in dem medicomechanischen Institut, das der orthopädischen Ambulanz angegliedert ist. Ebenso ist die Arbeit im Röntgeninstitut, speziell auch in der therapeutischen Abteilung beträchtlich größer geworden. Die Resultate, speziell der Tuberkulose-Behandlung, dürfen auch heute als günstig bezeichnet werden, speziell Drüsentuberkulose, Rippencaries und die tuberkulösen Affektionen der Hand und des Ellenbogens sind das dankbarste Feld.

Die Zahl der Lokalanästhesien hat wiederum zugenommen, sie beträgt jetzt über 50% aller Operationen, sie ist gestiegen von 1017 im vorigen Jahre auf 1402 in diesem Jahre. Todesfälle in Narkose, die mit dem Roth-Dräger-Apparat ausgeführt wurden, hatten wir in den letzten drei Jahren keinen zu verzeichnen.

Ich verwies im vorigen Jahre auf die Schwierigkeit bei der Zunahme des Betriebes mit den jetzigen Räumlichkeiten, speziell im Operationsterrain, auszukommen. Auf diesem Gebiete ist leider bis jetzt keine Besserung zu verzeichnen und, wie es scheint, in den allernächsten Jahren auch nicht zu erwarten, was um so bedauerlicher ist, als eine solche Betriebsschwierigkeit,

abgesehen von der erhöhten Anstrengung, die sie an den Direktor, Assistenten und das Schwesternpersonal stellt, auch für die Patienten nicht ohne eine gewisse Gefahr ist, da wir auch heute noch im Winter frisch operierte Kranke direkt nach der Operation durch die offenen Gänge tragen müssen, wobei Erkältungen und Lungenstörungen oft nicht zu vermeiden sind.

Von den Assistenten der Klinik wurden Herr Dr. Dilger und Herr Dr. Mayer beurlaubt, um in Sofia während des Balkankrieges das Internationale Spital zu übernehmen. Für sie trat Herr Dr. Walter als Ersatzmann ein. Es habilitierten sich die Herren Dr. Baisch und Dr. Franke.

Um die Zusammenstellung des Jahresberichtes, den Herr Prof. Hirschel redigiert hat, haben sich verdient gemacht die Herren Prof. Hirschel, Privatdozent Dr. Baisch, Privatdozent Dr. Franke, Dr. Kolb, Dr. Posner, Dr. Neumann, Dr. Rost, Dr. Gross, Dr. Walter, Dr. Lobstein.

A. Stationäre Klinik.

I. Allgemeiner Teil.

(Bearbeitet von Prof. Dr. Gg. Hirschel.)

Die Zahl der verpflegten Kranken hat gegen das Jahr 1911 wieder eine Zunahme von 330 erfahren.

Der meist herrschende Platzmangel konnte nur einigermaßen durch Notbetten ausgeglichen werden. Fast täglich mußten Patienten in der Ambulanz abgewiesen werden.

Zahl der verpflegten Kranken: Jahr	1912	1911	1910
Männlich	2380	2132	2053
Weiblich	1378	1296	1228
Summa	3758	3428	3281

Zahl der Verpflegungstage: Jahr	1912	1911	1910
Männlich	47 407	50 119	45 419
Weiblich	29 719	23 982	24 946
Summa	77 126	74 101	70 365

Durchschnittliche Verpflegungsdauer: 22,1 Tage.

Krankenbewegung in den einzelnen Monaten.

Uebernahme aus dem Jahre 1911	147	Verpflegungstage.
Zugang im Januar	310	6228
„ „ Februar	296	6355
„ „ März	301	6604
„ „ April	333	6344
„ „ Mai	326	6641
„ „ Juni	333	6669
„ „ Juli	331	6576
„ „ August	312	6271
„ „ September	244	6036
„ „ Oktober . . .	283	6163
„ „ November . . .	312	6671
„ „ Dezember . . .	230	6568
Sa.	3758	77 126

Operationen des Jahres 1912.

A. Operationen an Kopf, Gesicht, Mund- und Rachenhöhle			153
1. Trepanationen des Schädels		27	
a) wegen Verletzung	3		
b) wegen Tumoren oder Abscessen	17		
c) wegen Epilepsie	7		
2. Plastiken		27	
a) Hasenschartenoperationen	19		
b) Gaumenspaltenoperationen	6		
c) andere Plastiken im Gesicht	2		
3. Excision von Tumoren		35	
a) an Schädel und Gesicht eventuell mit Plastik	19		
b) in der Mundhöhle	16		
4. Kieferoperationen		4	
a) Oberkieferresektionen	3		
b) Unterkieferresektionen	1		
5. Kleinere Operationen an Kopf und Gesicht etc.		60	
B. Operationen an Hals, Brust, Rücken und den Bauchdecken			458
1. Operationen bei Caput obstipum	5		
2. Operationen bei Lymphdrüsenerkrankungen		42	
a) Tuberkulöse Lymphome	40		
b) Aktinomykose des Halses	2		
3. Strumaoperationen		245	
a) Resektion benigner Strumen	194		
b) Enukleation benigner Strumen	16		
c) Resektion von Basedowstrumen	34		
d) Totalexstirpation bei Struma maligna	1		
4. Rippenresektion		39	
a) bei tuberkul. Caries			
b) bei Empyem	16		
c) bei Lungengangrän und Bronchiektasien	5		
d) Thorakoplastik bei Phthise	18		
5. Laminektomie		9	
6. Mammaamputationen		16	
7. Excision von benignen Mammatumoren		3	
8. Kleinere Operationen an Hals, Brust, Rücken (Incisionen bei Phlegmonen, Mastitis, Exkochleationen, Excisionen von Halsfisteln etc.)		90	
9. Operationen an den Bauchdecken ohne Eröffnung des Bauchraumes (Incisionen, Excisionen von Tumoren etc.)		9	
C. Laparotomien (ohne Hernien)			589
1. Laparotomien bei Verletzungen, Peritonitis, Ileus, Absceßincisionen (z. T. mit Magen- und Darmnähten), Probelaparotomien bei gutartigen Prozessen			

2. Probelaparotomien bei malignen Tumoren		31	
3. Laparotomien bei Peritonitis tuberculosa		1	
4. Operationen am Darm		59	
a) Colostomien und Coecostomie	15		
b) Jejunostomie und Ileostomie	4		
c) Darmresektionen			
bei Ileus und incarcerierten Hernien	11		
bei Tuberkulose des Darmes	2		
bei entzündlichen Tumoren des Coecums	4		
bei Carcinomen des Darmes	4		
bei Verletzungen	2		
d) Ileocolostomien	10		
e) Typhlopexie	4		
f) Plastische Operationen	3		
5. Operationen am Magen		75	
a) Gastroenterostomien	53		
bei gutartigen Fällen mit Naht	36		
bei malignen Fällen mit Naht	17		
b) Magenresektionen	8		
bei gutartigen Fällen	5		
bei Carcinomen	3		
c) Gastrostomie	14		
6. Appendicitisoperationen		253	
a) Appendektomien im akuten oder subakuten Stadium	184		
b) Absceßincisionen	22		
c) Appendektomien im freien Intervall	38		
d) Operationen bei Folgen der Appendicitis	9		
7. Operationen an Leber, Pankreas, Milz und Gallenwegen (ohne Probelaparotomien, Absceßincisionen)		160	
a) Cholecystostomie	5		
b) Cholecystektomie	99		
c) Hepaticusdrainagen nach Choledochotomie	19		
d) Anastomosen am Gallensystem	7		
e) Talma	1		
f)	29		
8. Operationen an den weiblichen Geschlechtsorganen (Laparot.)		10	
D. Hernienoperationen			498
1. Leistenbrüche		382	
a) frei	356		
b) incarceriert	22		
c) Recidivoperationen	4		
2. Schenkelbrüche		57	
a) frei	40		
b) incarceriert (mit 7 Darmresektionen)	17		
3. Epigastrische Hernien		19	
4. Nabelhernien		17	
5. Postoperative Hernien		23	

E. Operationen an den Harnorganen, Geschlechtsorganen, Becken und Rectum (ohne Laparotomien)			199
1. Operationen an Penis und Harnröhre		8	
a) Phimosenoperationen	3		
b) Hypospadieoperationen	2		
c) Urethrototomia externa	1		
d) Penisamputation	2		
2. Operationen an Blase und Prostata		44	
a) Sectio alta	5		
b) Totale Blasenexstirpation	1		
c) Prostatectomia suprapubica	2		
d) Prostatectomia perinealis (nach Wilms)	36		
3. Operationen an den Nieren		17	
a) Nephrektomien	7		
b) Nephrotomie	3		
c) Nephropexie	3		
d) Paranephritische Absceß-Incisionen	4		
4. Operationen an den Hoden		57	
a) Kastrationen	14		
b) Hydrocelenoperationen	37		
c) Varicocelenoperationen	3		
d) Orchidopexien	2		
e) Resektion des Nebenhoden	1		
5. Operationen an Becken und Rectum		45	
a) Mastdarmfistelspaltungen	14		
b) Hämorrhoidenoperationen	22		
c) Resectio recti	5		
d) Amputatio recti	4		
6. Kleinere Operationen (Absceßincisionen etc.)		28	
F. Operationen an den Extremitäten			824
1. Amputationen von Extremitäten		31	
a) Arm und Finger	9		
b) Oberschenkel	7		
c) Unterschenkel	7		
d) Amputation nach Lisfrank	4		
e) Amputation nach Pirogoff	4		
2. Exartikulationen von Extremitäten		21	
a) Vorderarm	1		
b) Finger	16		
c) Zehen	3		
d) Oberschenkel	1		
3. Gelenkresektionen		7	
a) Knie	4		
b) Hüfte	3		
4. Reposition von Luxationen		23	
a) Schulter	10		

	b) Ellenbogen	1	
	c) Hüftgelenk (kongenitale)	12	
5.	Knochennähte und Bolzungen		13
	a) Oberarm und Unterarm	6	
	b) Unterschenkel	3	
	c) Patella	4	
6.	Andere Gelenkoperationen		29
	a) Arthrotomien	15	
	b) Arthrodesen	2	
	c) Redressement	12	
7.	Andere Knochenoperationen		38
	a) Osteotomien	17	
	b) Sequestrotomien und Knochentrepanationen bei Osteomyelitis	15	
	c) Nagelextensionen nach Steinmann	6	
8.	Operationen an den Weichteilen		76
	a) Sehnennähte	20	
	b) Sehnenplastik und Sehnentransplantation	9	
	c) Tenotomien	1	
	d) Varicenexcisionen	23	
	e) Excision von Tumoren	21	
	f) Neurolyse und Nervennaht	2	
9.	Kleinere Operationen an den Extremitäten (Incisionen, Exkochleationen, Punktionen, Excision von Fremdkörpern, Plastiken etc.)		560
10.	Redressement und Gipsverbände in Narkose		26
			Sa. 2721

Diese 2721 Operationen verteilen sich folgendermaßen auf die einzelnen Operateure:

Professor Dr. Wilms	910
Professor Dr. Hirschel	361
Privatdozent Dr. Baisch	48
Dr. Krall	237
Dr. Franke	92
Dr. Dilger	112
Dr. Kolb	218
Dr. Meyer	91
Dr. Rost	147
Dr. Gross	191
Dr. Posner	135
Dr. Neumann	152
Dr. Walter	12
Dr. Petritis	6
Praktikanten	9
	Sa. 2721

Die Narkosen verteilen sich für 1912 folgendermaßen:

Chloroform	36
Chloroform-Aether	997
Aether	24
Aetherrausch	110
Lokalanästhesie	1402
Epidurale Anästhesie	9
Lumbalanästhesie	22
Chloräthylanästhesie	28
Chloräthylnarkose	5
Ohne Narkose	88
	Sa. 2721

Die Zahl der Allgemeinnarkosen ist gegen das Vorjahr wieder sehr gesunken, die der Lokalanästhesien von 1017 auf 1402 gestiegen.

Für die Allgemeinnarkose wurde fast immer der Roth-Dräger'sche Chloroform-Aether-Sauerstoffapparat verwandt.

Gutachten 1912.

Baugewerks-Berufsgenossenschaft	131	Gutachten
Brauerei und Mälzerei	11	,,
Bekleidungsindustrie	2	,,
Brennerei und Molkerei	8	,,
Buchdruckerei	5	,,
Chemische Industrie	29	,,
Generaldirektion der Badischen Staatseisenbahnen	18	,,
Eisen- und Stahl-Berufsgenossenschaft	76	,,
Feinmechanik	8	,,
Fleischerei	10	,,
Fuhrwerk	25	,,
Holz	17	,,
Gas und Wasser	11	,,
Knappschaft	14	,,
Landesversicherungsamt	14	,,
	2	Obergutachten
Landesversicherungsamt	89	Gutachten
Reichsversicherungsamt	10	,,
	5	Obergutachten
Land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaft	15	Gutachten
Lebens- und Unfallversicherungsgesellschaften	121	,,
Leder-Berufsgenossenschaft	7	,,
Lagerei	47	,,
Müllerei	9	,,
Nahrungsmittel	8	,,
Ortskrankenkassen	11	,,

Schiedsgericht für Arbeiterversicherung	31	Gutachten
	6	Obergutachten
Schmiede-Berufsgenossenschaft	4	Gutachten
Staatsbehörden	58	,,
Steinbruchs-Genossenschaft	47	,,
Tabak	11	,,
Töpferei	10	,,
Ziegelei	45	,,
Zucker	7	,,
	1	Obergutachten
Oberdirektion des Wasser- und Straßenbaues	12	Gutachten
Edelmetall-Berufsgenossenschaft	7	,,
Tiefbau	47	,,
Maschinen und Kleinbau	2	,,
Badische Landwirtschaftliche	130	,,
Papiermacher	8	,,
Textil	4	,,
Walzwerke	2	,,
Straßen und Kleinbahn	1	,,
Leinen	1	,,
Binnenschiffahrt	3	,,
Im ganzen	1140	Gutachten
darunter	14	Obergutachten

Bericht aus dem Röntgenlaboratorium.

(Von Privatdozent Dr. Baisch.)

Die stetig wachsende Bedeutung der Röntgendiagnostik bekundet sich durch die Jahr für Jahr wachsende Zahl der Aufnahmen, die in unserem Röntgenlaboratorium gemacht werden. Auch in diesem Jahre ist wieder eine Zunahme zu verzeichnen. Es wurden 3515 Aufnahmen (3373 im Jahre 1911) gemacht, das sind durchschnittlich mehr als 10 Aufnahmen im Tag. Röntgendurchleuchtungen sind dabei nicht mitberechnet. Die Zahl der untersuchten Patienten beträgt = 2136 (1984 im Jahre 1911).

Die Aufnahmen verteilen sich auf die einzelnen Regionen wie folgt:

Kopf und Hals	68	(97)
Thorax und Lungen	129	(107)
Magen und Darm	150	(99)
Blase und Niere	66	(97)
Schulter	117	(147)
Obere Extremität	611	(461)
Wirbelsäule	113	(126)
Becken und Hüfte	224	(240)
Untere Extremitäten	658	(630)
Zusammen	2136	(1984)

An Plattengrößen kamen zur Verwendung

9 × 12	152
13 × 18	940
18 × 24	1369
24 × 30	538
30 × 40	492
40 × 50	24

Eine Aenderung im Instrumentarium ist nicht nötig gewesen.

Bei unserem therapeutischen Instrumentarium („Record“ Instrumentarium von Reiniger, Gebbert u. Schall. A.G.) haben wir durch Auswechseln des Induktors mit horizontaler Spule gegen einen solchen mit vertikaler Spule, wobei zwischen primärer und sekundärer Spule eine Luftschicht ist, durch die die erwärmte Luft entweichen kann, und ferner durch doppelte Kondensatoren, die zeitweise umgewechselt werden, den Betrieb wesentlich gleichmäßiger erhalten. Durch den Rhytmeur von Gauß wurde das Instrumentarium vervollständigt. Wir haben damit bezüglich der Röhrenschonung gute Erfahrungen gemacht. Da die Röhren höher belastet werden können ohne zu starke Erhitzung, ist die Bestrahlungsdauer dadurch nicht wesentlich verlängert.

Es ist vor allem die Tuberkulose, Lymphdrüsentuberkulose, wie Knochen- und Gelenktuberkulose, die wir in großer Anzahl mit Röntgenbestrahlung behandeln. Da wir die Behandlung seit mehr als 2 Jahren üben, haben wir jetzt eine Reihe von guten Erfolgen mit Heilung zu verzeichnen. Bei den großen Gelenken, namentlich dem Kniegelenk Erwachsener ist die Einwirkung noch nicht sicher genug, so daß wir in mehreren Fällen die Resektion weiterem Abwarten vorzogen. In letzter Zeit sind uns auch eine Anzahl von „Spätschädigungen“ der Haut zur Beobachtung gekommen, die nach häufig wiederholten Bestrahlungen, ohne daß jemals ein Erythem beobachtet worden wäre, oft längere Zeit nach Aussetzen der Bestrahlung auftraten und in teleangiektatischen Veränderungen der Haut und selbst in Ulcerationen bestanden. Auf diese Spätschädigungen wird daher in Zukunft unser besonderes Augenmerk zu richten sein. Eine Zusammenfassung unserer Erfahrungen wird in den Ergebnissen für Chirurgie und Orthopädie Bd. VII erscheinen.

Bericht aus der orthopädischen Ambulanz.

(Von Privatdozent Dr. Baisch.)

Die orthopädische Ambulanz der Klinik wurde im Jahre 1912 von 1050 Patienten (gegen 746 im Jahre 1911) besucht, exklusive der Patienten, die von den klinischen Stationen zur Behandlung überwiesen wurden.

Die vorgekommenen Erkrankungsformen verteilen sich folgendermaßen.

Deformationen und Lähmungen.

Plattfuß und ähnliche Leiden	270	Kongenitaler Radiusdefekt	2
Davon intakt 53.		Cretinismus	1
Hammerzehenplattfuß	3	Caput obstipum	2
Vorderfußschmerz	8	Skoliosen und unsichere Haltung	132
Lymphangitis rheumatica cruris	3	Skoliosis ischiadica	2
Klumpfuß (kongenital)	27	Luxatio coxae congenita	20
Hohlfuß	1	Spinale Kinderlähmung	27
Hallus valgus	2	Cerebrale Kinderlähmung	27
Genu valgum	25	Little	4
Crura vara	21	Pas equino-varus paralyt.	9
Coxa vara	7	Pas calcaneo-valgus paralyt.	8
Idiopathische Innenrotation der Beine	2	Spina bifida	1
Rachitis	14	Lähmungen anderer Art	6
Pectus carinatum	7	Nervenleiden	1

Verletzungen.

Kontusionen und Distorsionen	90	Frakturen	75
Weichteilverletzungen	15	Luxationen	14
Sehnenverletzungen	5		

Tuberkulose.

Hand	5	Fußgelenk	16
Ellbogen	3	Kniegelenk	14
Rippen	2	Hüftgelenk	31
Lymphomata colli	7	Wirbelsäule	24

Entzündungen.

Arthritis rheumatica und deformans	37	Teudovaginitis	7
Arthritis gonorrhoica	1	Periostitis	8
Entzündliche Gelenkversteifungen	18	Calcaneussporn	6
Varia	60		

Es wurden eine Reihe kleinerer Operationen wie Tenotomie, Fasciotomie, Osteotomie, vor allem aber Redressements in der Ambulanz ausgeführt, wobei uns die weitestgehende Anwendung der Lokalanästhesie gute Dienste leistete.

Die Skoliosen wurden wie bisher vorwiegend mit Gymnastik in den täglich nachmittags stattfindenden Uebungsstunden, die durchschnittlich von 20—30 Kindern besucht waren, behandelt. Daneben wurden Massage der Rückenmuskulatur, Manuelles Redressement, Redressionslagerungsapparate nach Lange und häufig auch Redressionsgipsbette verwendet.

In dem mit der orthopädischen Ambulanz verbundenen medico-mechanischen Institut zur Behandlung Unfallverletzter wurden 642 (464 Männer und 178 Frauen und Kinder) mit Heißluftbädern Diathermie, Massage, medico-mechanischen Uebungen etc. behandelt, und zwar ergibt dies 5208 Behandlungstage (3931 Männer, 1277 Frauen).

Eine Uebersicht über die Verteilung in den einzelnen Monaten ergibt folgende Tabelle.

	Männer	Behandlungen	Frauen und Kinder	Behandlungen
Januar	44	318	13	108
Februar	50	389	16	69
März	39	289	18	144
April	36	317	17	84
Mai	48	385	16	119
Juni	41	339	13	99
Juli	37	281	16	126
August	27	269	18	149
September	39	377	10	59
Oktober	27	277	14	132
November	35	288	15	103
Dezember	41	393	12	85
	464	3931	178	1277

Es sind dies Patienten, die zum Teil zur stationären Behandlung eingewiesen und von den verschiedenen Abteilungen überwiesen worden waren. Zum anderen Teil sind es ambulante, die von den Berufsgenossenschaften, Kassen usw. eingewiesen waren.

Uebersicht über die Todesfälle [1]) des Jahres 1912.

(Bearbeitet von Dr. Walther.)

Es starben im Jahre 1912 insgesamt 148 Patienten, die Zahl der operativen Todesfälle belief sich auf 115.

Statistik.

Auf 3758 Patienten 148 Todesfälle = 3,93%.
Auf 274 operierte Patienten 115 Todesfälle = 4,2%.

A. Verletzungen.

1. 3 ausgedehnte Verbrennungen.

Nr. 1368 [164] 18 j. Mädchen. Suicid.

Nr. 2442 [211] 24 j. M. Tod nach Berührung der elektrischen Leitungsdrähte, zugleich Schädelbasisfraktur.

Nr. 1144 [156] 28 j. M., moribund eingeliefert.

2. 4 Schußverletzungen.

Nr. 276 [119] 46 j. M. Suicid. Schädelschuß.

Nr. 2485 [214] 28 j. M. Suicid. Schädelschuß und Schnittwunde am Hals.

1) Die Zahlen in [ ] Klammern verweisen auf die Protokollnummer im Sektionsbuch des Heidelberger pathologischen Instituts.

Nr. 3492 [254] 19 j. M. Suicid. Schuß in die r. Schläfengegend, moribund eingeliefert.

Nr. 918 [142] 29 j. M. in extremis eingeliefert mit Schußverletzung des Schädels. Tod durch Blutung in den Ventrikel und subarachnoideal.

3. Eine Riß- und Schnittverletzung.

Nr. 2199 [202] 16 j. M. Abriß des l. Armes und Splitterfraktur des l. Schulterblattknochens. Status nach Exartikulation des Oberarms. Todesursache war eine hochgradige, allgemeine Anämie.

4. 11 Frakturen.

a) 7 Schädelfrakturen, 5 in hoffnungslosem Zustand eingewiesen, bei zweien wurde eine Operation versucht.

Nr. 3188 [238] 48 j. M.

Nr. 1602 [182] 38 j. M., verbunden mit Rippenfraktur und komplizierter Unterkieferfraktur.

Nr. 3002 [236] 16 j. M.

Nr. 1107 [152] 31 j. M.

Nr. Amb. [216] 25 j. Fr., verbunden mit Oberschenkelfraktur.

Nr. 3431 [252] 23 j. M. 7 Std. nach dem Unfall Trepanation. Todesursache: multiple Fissuren der Schädelbasis, der mittleren Grube, Lockerung der Pyramide, Zertrümmerung der Schläfenwindungen und Blutungen.

Nr. 2430 [212] 42 j. M. Status nach sofortiger Dekompressionstrepanation.

b) 3 Wirbelfrakturen.

Nr. 2093 [197] 41 j. M. moribund eingeliefert.

Nr. 111 [143] 43 j. M. vor 3½ Monaten Wirbelfraktur, darauf Lähmungen der unteren Extremitäten, Blase und Rectum. Todesursache: völlige Unterbrechung des Rückenmarkes, Cystitis, Pyelitis.

Nr. 2771 [227] 60 j. M. Querfraktur des 6. Halswirbelkörpers. Status nach Laminektomie.

5. 1 Leberruptur.

Nr. 3376 [251] 17 j. M. moribund eingeliefert.

6. 1 Blasenruptur.

Nr. 588 [131] 65 j. M. Blasennaht und Anlegen einer Dünndarmfistel wegen Darmparalyse. Todesursache: diffuse Peritonitis.

B. Infektionen.

Nr. 76 [157] 35 j. Fr. Status nach Transplantationen auf alte Verbrennungswunden, nach 2 Monate langem Krankenlager Erysipel. Tod an Herzschwäche (Myciarditis acuta).

Nr. 1347 [166] 60 j. M. erlag einer Sepsis bei ausgedehnter Amphlegmone und Gangrän des Armes.

Nr. 3091 [244] 28 j. M. Sepsis, ausgehend von einer Hautabschürfung der Schulter, verbunden mit einer beiderseitigen eitrigen Pleuritis.

Nr. 3521 [255] 10 j. Mädchen. Sepsis nach Arrosion von Gefäßen durch ausgedehnte Osteomyelitis.

Nr. 2108 [201] 14 j. Knabe. Tod durch Erschöpfung bei Tetanus.

Nr. 2603 [222] 48 j. M. starb an Erysipelas.

Nr. 2848 [232] 34 j. M. Erysipel des Stumpfes nach Amputation des Oberarmes.

Nr. 2853 [231] 12 j. Knabe. Sepsis nach Phlegmone des Fußes und eitrige Entzündung des Fußgelenkes.

Nr. 145 [115] 63 j. Fr. mit ausgedehntem Dekubitus eingeliefert, starb an Sepsis und Bronchopneumonie.

Nr. 2689 [224] moribund mit Erysipel des Oberschenkels eingewiesen.

Nr. 1578 [178] 32 j. Mädchen starb an Sepsis nach Osteomyelitis des Beckens.

Nr. 463 [127] 29 j. M. 4 Tage nach Parotitis supparativa trat eine Pneumonie und eitrige Bronchitis ein.

Amb. 1572 [173] 25 j. M. klin. Diagn.: peritonsillärer Absceß nach Angum. Vom Arzt draußen mehrmals Incision versucht, wobei es zu Blutungen kam; Pat. wird mit schwerer Dyspnoe hereingebracht. In der Ambulanz wird mit kachiertem Messer an typischer Stelle incidiert, wobei es nicht wesentlich blutet, beim Versuch, stumpf ohne Gewaltanwendung in die Tiefe zu dringen, tritt eine starke Blutung auf, die auch auf digitale Kompression der Carotis nicht steht. Versuch der Tracheotomie. Todesursache: Ein peritonsillärer Absceß war offenbar schon länger in den unteren Pharynx durchgebrochen (es bestand noch ein Geschwür). Der Tumor im Pharynx stellt sich dar als durchblutetes Gewebe, eine Gefäßläsion läßt sich nach genauester Präparation und Injektion der Gefäße nicht feststellen. Vielleicht hat es sich um eine Hämophilie gehandelt, die Blutung scheint parenchymatös gewesen zu sein, der Pat. hat Blut aspiriert in Trachea, Bronchien und Lungen und ist während des Versuches der Tracheotomie erstickt.

C. Tuberkulose.

Nr. 515 [129] 57 j. M. Nr. 84 [220] 4 j. Mädchen.

Nr. 2474 [260] 39 j. M. und Nr. 239 [149] 39 j. M. starben an den Folgen einer ausgedehnten Tuberkulose des Beckenknochen und waren vergesellschaftet mit Tuberkulose anderer Organe.

Nr. 3258 [162] 73 j. Fr. hatte multiple kalte Abscesse am Oberschenkel, Schulter und Rippenkaries und starb unter septischen Erscheinungen. Nr. 18 [234] 20 j. Mädchen und Nr. 2031 [250] 41 j. M. hatten eine ausgebreitete Tuberkulose der Wirbel mit beiderseitigen Senkungsabscessen, letzterer mit multipler Perforation ins Rectum.

Nr. 416 [163] 40 j. M. war eine hochgradige, allgemeine Urogenitaltuberkulose, verbunden mit Lungentuberkulose.

Nr. 1041 [169] 70 j. Fr. starb an Altersschwäche bei Tuberkulose der Lungen und Halsdrüsen.

Nr. 72 [145] 25 j. Fr. wurde mit der Diagnose: Appendicitis eingeliefert. Status nach Drainage eines Kotabscesses von den Bauchdecken und Scheide aus. Todesursache: durchgebrochene tuberkulöse Darmgeschwüre, Peritonitis, Lungentuberkulose.

Nr. 3199 [245] 21 j. M. kam wegen eines Bauchtumors herein, es wurde ein verkästes Drüsenpaket im Mesenterium exstirpiert. Wegen Sinken des Blutdruckes, Meteorismus wurde nach Lösung zahlreicher alter Verwachsungen eine Dünndarmfistel angelegt, die schließlich gut funktioniert. Todesursache: diffuse toxische Peritonitis.

Bei Nr. 279 [118] 28 j. M. war infolge Stenoseerscheinungen eine Ileostomie notwendig, nachdem der Pat. seit 2 Monaten auf der mediz. Klinik wegen tuberkulöser Peritonitis behandelt war. Aus dem Abdomen kommt massenhaft Eiter heraus, der Tod trat ein infolge diffuser, adhäsiver tuberkulöser Bauchfellentzündung.

Nr. 1976 [193] 50 j. Fr. Status nach Resektion eines entzündlichen Ileocoecaltumors. Bei der Sektion wurde Darminhalt im kleinen Becken infolge Insufficienz der Darmnaht und neben Tuberkulose anderer Organe eine lokale Darmtuberkulose festgestellt.

Nr. 982 [146] 75 j. M. wurde in moribundem Zustand aufgenommen und starb an tuberkulösen Lungenkavernen und eitriger Bronchitis, dagegen wurde bei Nr. 1863 [192] 31 j. Fr. wegen kavernöser Tuberkulose der r. Lunge vor 7 Monaten eine Thorakoplastik vorgenommen; wegen ungenügenden Zusammenfallens der Kaverne nochmals vor 12 Tagen eine Rippenresektion hinten, worauf erhebliche Verengerung erfolgte. Todesursache: Herzinsufficienz. Sektion verweigert.

D. Tumoren.

1. Benigne Tumoren.

Nach Strumaresektion starben 2 Pat., die ausgesprochene Basedowsymptome hatten. Bei der einen Nr. 662 [133] 18 j. Mädchen wurde nach Durchschneidung des N. recurrens eine Schluckpneumonie festgestellt, bei der anderen Nr. 2143 [225] 20 j. Mädchen kam es am Abend der Operation zu schweren Herzerscheinungen und hochgradiger Stauung. Bei der Sektion wurde ein Status thymolymphaticus (Gewicht der Thymus 75 g) und ein retropharyngeal gelegenes Hämatom von der Größe eines 5 Mk.-Stückes gefunden.

2. Maligne Tumoren.

Hierzu rechne ich Nr. 793 [139] 74 j. Fr. Nachdem vor 7 Jahren eine Strumaoperation ausgeführt worden war, zeigte sich seit ½ Jahre eine Geschwulst auf dem Os parietale, die eine Trepanation des Seitenwandbeins mit Dura erforderte. Die Pat. starb kurz nach der Operation wahrscheinlich infolge der eingetretenen Druckschwankung. Bei der Sektion zeigten sich Spätmetastasen einer Struma im Os parietale und in beiden Lungen.

Nr. 3333 [248] 67 j. Fr. Klin. Diagn.: Mediastinaltumor. Status nach Exstirpation und Spaltung des manubrium sterni wegen Stenose der Trachea. Pathologisch-anatomisch wurde ein maligner Tumor des l. Schilddrüsenlappens mit zahlreichen Metastasen in Hals- und Axillarlymphknoten und Kompressionszeichen von Trachea und Oesophagus festgestellt.

a) Carcinome. 20 Fälle.

Nr. 2210 [205] 60 j. M. Seit einem Vierteljahr schnell wachsende Unterkiefergeschwulst. Status nach Unterkieferresektion wegen Carcinoms. Tod unter pneumonischen Erscheinungen.

Nr. 2140 [204] 44 j. Fr. Status nach Oberkieferresektion wegen Krebses. Todesursache: Sepsis.

Nr. 789 [138] 67 j. M. Status nach Gastrostomie (Witzel) wegen Speiseröhrenkrebses. Die Sektion ergab ein ulceriertes Carcinom mit Metastasen und Vereiterungen in den Lymphknoten, dadurch Infektion des Bauchfelles und diffuse eitrige Peritonitis.

Nr. 1532 [175] 63 j. M. Wegen Oesophaguscarcinoms wurde eine Gastrostomie gemacht, nach 8 Tagen Behandlung Tod. Sektion wurde verweigert.

Nr. 1206 [184] 69 j. M. Nachdem vor 1½ Monat durch Gastrostomie eine Schlauchernährung ermöglicht worden war, versuchte man das Oesophaguscarcinom vom Halse aus zu exstirpieren. Wegen zu starker Verwachsungen und Metastasen in Pleura und Lungen mißlang der Versuch.

Nr. 1014 [154] 45 j. M. Status nach Colostomie wegen Magenkrebses. Pathologisch-anatomisch fand man reichlich Metastasen im Netz, Darm, Zwerchfell und portalen Lymphknoten.

Nr. 44 [114] 55 j. M. Status nach Resectio ventriculi (Billroth II) und Gastroenteroanastomose mit Murphyknopf wegen Krebses des Magens. Bei der Sektion wurde außer einem kleinen serös-eitrigen Exsudat in der r. Pleurahöhle eine Pneumonie des r. Unterlappens festgestellt.

Nr. 386 [121] 46 j. M. Klinische Diagnose: Diffuse eitrige Bauchfellentzündung auf Grund einer Carcinose des Peritoneums. Zu einer Operation eingeliefert, wegen des schlechten Zustandes wurde aber davon abgesehen. Todesursache: Handtellergroßes, ulceriertes Carcinom an der kleinen Kurvatur, multiple Leber- und Lymphdrüsenmetastasen, Carcinose des Peritoneums, diffuse eitrige Peritonitis vielleicht infolge erweichter Metastasen.

Nr. 2345 [210] 37 j. Fr. Status nach Probelaparotomie wegen Leber- und Gallenblasenkrebses. Bei der Sektion fand man ein papilläres Carcinom der Gallenblase mit ausgedehnter Erkrankung der Nachbarorgane. Gallensteine im Ductus choledochus, hepaticus, eitrige Cholangitis, Dekubitalnekrosen der Gallenblase, Verwachsung dieser mit Duodenum und Quercolon und Perforation in beide Organe, schließlich multiple Leberabscesse.

Nr. 2100 [208] 53 j. Fr. Status nach Probelaparotomie bei inoperabelem Gallenblasen- und Leberkrebs. Sektion verweigert.

Nr. 1110 [161] 44 j. Fr. Klinische Diagnose: Icterus gravis wegen Uebergreifen eines Magencarcinoms auf die Gallenwege. Status nach Cholecystektomie. Bei der Sektion fand sich ein scirrhöses Carcinom des Pankreas und der Leber mit Verengerung des Ductus choledochus, fibrös-eitrige Choleocystitis.

Nr. 261 [117] 46 j. Fr. Krankengeschichte: Vor 5 Tagen Resektion eines stenosierenden Carcinoms der Flexura sigmoidea und Anlegen einer Fistel oberhalb der Resektionsstelle, am letzten Tage Platzen der Naht und Prolaps von Dünndarm, deshalb Laparotomie und Eröffnung des Douglasabscesses. Todesursache: fibrinös-eitrige Peritonitis.

Nr. 1192 [185] 82 j. Fr. Vor 2 Monaten eine Quercolonfistel wegen Ileus nach Ovarialtumor (Carcinom). Todesursache: diffuse Carcinose des Bauchfells, schürzenförmige Infiltration des großen Netzes mit Verwachsung des Quercolons.

Nr. 3015 [237] 63 j. M. Nachdem vor 1 Jahr wegen Prostatatumor die Operation verweigert wurde, kommt Pat. jetzt in desolatem Zustand, weshalb vom operativen Eingreifen abgesehen werden muß. Die Sektion ergab Carcinom der Prostata mit Durchbruch in die Blase und Uebergreifen auf den Urether, jauchige Cystitis und Pyelitis.

Nr. 2683 [228] 44 j. M. Status nach Exstirpation der Blase und Prostata wegen Carcinom. Todesursache: Pyelonephrose; es wurde bei der Sektion ein kirschgroßer Defekt in der Rectumwand gefunden, aus dem Fäces in die Beckenhöhle ausgetreten sind.

Nr. 198 [115] 53 j. M. Klinische Diagnose: Prostatacarcinom mit Uebergreifen auf die Blase. Status nach Probeexcision und Cystostomie durch die Geschwulst hindurch. Todesursache: Vollständiger Verschluß der rechten und starke Einschnürung der l. Urethermündung, hochgradige Hydronephrose rechts mit beginnender Nierenschrumpfung, links beginnende Hydronephrose, chronische parenchymatöse Nephritis. Carcinommetastasen in den retroperitonealen Lymphknoten.

Nr. 3627 [259] 52 j. M. Status nach Sectio alta, Tumor ist inoperabel. Die Sektion ergibt Carcinom der Blase mit Uebergreifen auf die gesamten Nachbarorgane, multiple Peritoneal- und Lymphknotenmetastasen.

Nr. 1311 [165] 44 j. Fr. Status nach Colostomie wegen Rectumcarcinom. Todesursache: Peritonitis.

Nr. 347 [128] 61 j. M. Klinische Diagnose: Inoperables Rectumcarcinom, Status nach Colostomie. Die Sektion zeigte ein carcinomatöses Ulcus im unteren Rectum, begleitet von ausgedehnter Phlegmone der Vorderseite des Abdomens.

Nr. 2527 [219] 82 j. M. Wegen hohen Alters hatte der Pat. die Operation verweigert und wird jetzt moribund eingewiesen. Status nach Colostomie wegen Rectumcarcinoms. Pathologisch-anatomisch wird festgestellt: Perforation des Carcinoms ins pararectale Zellgewebe mit jauchiger Gangrän des Beckenzellgewebes, der Glutäalmuskulatur und der Scrotumwurzel, carcinomatöse Infiltration der gesamten Lumbaldrüsen und Metastasen im Zwerchfell und Pleura visceralis.

b) Sarkome. 5 Fälle.

Nr. 2018 [207] 33 j. M. Klinische Diagnose: Hirntumor der hinteren Schädelgrube. Trepanation. Todesursache: Erweichung der r. Kleinhirnhemisphäre, Tumormassen in der Gegend des r. Meatus acusticus internus (Fibrosarkom), flüssiges Blut im Duralsack des Rückenmarks.

Nr. 2617 [223] 15 j. M. Mediastinaltumor mit Metastasen in fast allen Lymphdrüsen. Keine Operation. Pathologisch-anatomische Diagnose: Sarcoma mediastini mit Metastasen der cervikalen Lymphknoten, starke Einengung der Trachea, des l. Stammbronchus, Einbruch in die Vena cava superior.

Nr. 1577 [174] 53 j. M. Klinische Diagnose: Hämatothorax, ausgehend von einem Tumor der Lunge. Die Sektion zeigte ein kleinzelliges Rundzellensarkom des Mediastinums, einwuchernd in den l. Stammbronchus, Lungenhilus, Herzbeutel, Oesophagus, Einmauerung des Aortenbogens.

Nr. 1363 [170] 64 j. M. Status nach Versuch, einen Nierensarkom radikal zu exstirpieren, jedoch war dieses fest in die Vena cava eingewachsen. Der Eingriff wurde zunächst gut überstanden, bis plötzlich der Exitus eintrat, wohl infolge von Embolie.

Nr. 3594 [258] 36 j. M. Klinische Diagnose: Lebertumor. Nachdem vor 3 Tagen durch Probelaparotomie ein Stück Tumor entnommen war, ist rascher Verfall des Pat. eingetreten. Durch die Sektion wird festgestellt, daß es sich um ein primäres Blastom der Leber mit Metastasen der lumbalen und cervikalen Lymphknoten und eine Pfortaderstauung gehandelt hat.

Nr. 1182 [158] 51 j. M. Status nach Trepanation (palliativ) infolge Tumor cerebri. Todesursache: Gliom des r. Schläfenlappens mit Uebergreifen auf das Stirnhirn, Kompression des ganzen Gehirnes, Ponsblutungen, Durchbruch von Blut in die Ventrikel.

Nr. 1064 [189] 45 j. Fr. Klinische Diagnose: Tumor der r. Hemisphäre. Rechtsseitige Dekompensationstrepanation. Todesursache: Endotheliom der l. Tentoriumhälfte mit Einbuchtung in den l. Occipitalhirnpol und Einbruch in die l. Kleinhirnhälfte, Hydrocephalus internus. Gangrän des r. Lungenunterlappens.

E. Hirn- und Rückenmarkserkrankungen.

(Ausschließlich Tumoren.)

Nr. 3217 [246] 38 j. Fr. Status nach Trepanation eines nach Trauma aufgetretenen Abscesses des Großhirns. Todesursache: Hämorrhagischer Erweichungsherd, extraduraler Absceß, eitrige Leptomeningitis.

Nr. 39 [176] 27 j. M. Trepanation und Drainage eines großen multiloculären Scheitellappenabscesses. Todesursache: Sepsis und Bronchopneumonie.

Nr. 1515 [253] 53 j. M. Krankengeschichte: Pat. war vor 1 Jahr vom Rad gefallen und wurde jetzt bewußtlos eingewiesen; es lag Verdacht auf Hirntumor vor. Palliativtrepanation des Schläfenbeines. Die Sektion ergab ein frisches subdurales Hämatom an der Konvexität der Großhirnhemisphäre. Vielleicht hat ein kleines Hämatom, welches organisiert worden ist, zur Bildung einer pachymeningitischen Membran geführt und jetzt spontan eine Blutung hervorgerufen.

Nr. 808 [159] 62 j. M. Status nach Laminektomie und Wurzelresektion im Brustmark wegen Intercostalneuralgien nach Herpes zoster. Todesursache: diffuse fibrinös-eitrige Leptomeningitis spinalis und beginnend auch cerebralis.

F. Erkrankungen der Gefässe.

Nr. 3124 [247] 67 j. M. Embolie der Art. iliaca externa, seit 8 Tagen Bewußtseinsstörung und Amaurose. Pathologisch-anatomisch fand man eine Meningitis cerebri purulenta, eine Narbe und Impression der r. Parietalgegend und ein ausgedehntes Herzleiden. Eine frische Endocarditis ulcerosa mitralis mit Perforation, Aneurysma der Art. iliaca, multiple Infarkte der Nieren und Milz.

Nr. 1740 [191] 36 j. Fr. Nach eitriger Thrombophlebitis des l. Beines und Unterbindung der Vena saphena war Sepsis eingetreten, im Unterhautzellgewebe des l. Beines Abscesse.

Nr. 3613 [256] 51 j. M. Wurde moribund von der psychiatrischen Klinik verlegt mit der Diagnose: Gangrän des r. Beines infolge von Embolie. Bei der Sektion zeigte sich eine hochgradige Arteriosklerose, starkes Vitium cordis, in der Dura Psammome, eine Leptomeningitis chronica und Hydrocephalus internus.

G. Erkrankungen der Brustorgane.

Nr. 240 [122] 38 j. M. Klinische Diagnose: Lungengangrän, Bronchiektasien. Rippenresektion und Pneumotomie, Drainage des l. Unterlappens. Bei der Sektion sah man eine stenosierende Narbe im l. Hauptbronchus, Ulceration infolge eines aspirierten und wieder exspektorierten Fremdkörpers, wohl sekundär eine schwere eitrige Bronchitis. Todesursache: Herzschwäche, Kreislaufsstörungen.

Nr. 835 [167] 25 j. M. Nachdem vor 2 Jahren wegen beiderseitigen Empyems eine Thorakotomie gemacht worden war, blieb rechts eine Fistel zurück. Es wurde eine Thorakoplastik angeschlossen. Todesursache: Sepsis.

Nr. 3094 [243] 55 j. M. Wegen eines Eiterherdes im r. Lungenunterlappen wurde eine Rippenresektion vorgenommen und in 2. Sitzung dieser Eiterherd eröffnet. Nach 12 Tagen Exitus. Es wurde durch die Sektion festgestellt: Lungengangrän im r. Unterlappen, chronische Pneumonie und vereinzelte Tuberkel, ferner eine alte Tuberkulose der Mesenteriallymphknoten. Der Tod war unter den Erscheinungen einer schleichenden Sepsis erfolgt.

H. Erkrankungen der Bauchorgane.

(ausschließlich Tuberkulose und Tumoren.)

a) Ulcus ventriculi, duodeni, jejuni: 8 Fälle.

Nr. 964 [147] 43 j. M. Diagnose: Perforiertes Magenulcus. Es war technisch unmöglich eine Uebernähung oder Resektion vorzunehmen, daher Jejunostomie zur Ernährung. Todesursache: eitrig-fibrinöse Peritonitis.

Nr. 378 [124] 59 j. M. Status nach Gastroenterostomie und älterer Magenresektion wegen Ulcus. Todesursache: Lungenembolie.

Nr. 2046 [194] 52 j. M. 2 Ulcera ventriculi unterhalb der Cardia, Perforation. Status nach Laparotomie und Drainage. Todesursache: Diffuse eitrige Peritonitis.

Nr. 2414 [217] 62 j. M. Pat. machte früher drei schwere Blutungen durch. Gastrotomie und Uebernähung des fest an der Cardia sitzenden Ulcus. Nach 10 Tagen Zunahme der Anämie, deshalb am 14. Tage Gastroenterostomie und Jejunostomie. Jedoch unter fortschreitender Anämie der Tod. Sektion verweigert.

Nr. 3320 [249] 36 j. Fr. Status nach Gastroenterostomie wegen Duodenalulcus. Als Todesursache wurde innere Verblutung, parenchymatöse Blutung festgestellt.

Nr. 2001 [196] 48 j. M. Klinische Diagnose: Ulcus duodeni. Status nach Gastroenterostomie, vor 4 Tagen Nachblutung, deshalb Gastrostomie und Umstechung eines blutenden Gefäßes in der Nahtlinie. Darauf gute Erholung, bis plötzlich ein Collaps unter Zeichen einer inneren Verblutung eintrat. Pathologisch-anatomische Diagnose: Mehrere frische Geschwüre an der kleinen Kurvatur des Magens, in einem derselben ist die Art. coronaria ventriculi sinistra arrodiert.

Nr. Amb. [195] 42 j. M. Kam moribund herein und starb in der Ambulanz. Bei der Sektion stellte man fest: 3 linsengroße Ulcera duodeni, dicht unterhalb des Pylorus, diffuse akut eitrige Peritonitis.

Nr. 990 [150] 33 j. M. Klinische Diagnose: Multiple Ulcera jejuni, Status nach Gastroenterostomie und quere Durchtrennung des Pylorus. Todesursache: Diffuse eitrige Peritonitis.

b) Erkrankungen des Gallensystems. 7 Fälle.

Nr. 1324 [168] 58 j. Fr. Klinische Diagnose: Perforation bei Empyem der Gallenblase (Dekubitalnekrose der Wand). Status nach Incision. Todesursache: diffuse eitrige Peritonitis. Keine Sektion.

Nr. 1757 [183] 25 j. Mädchen wurde in sehr elendem Zustande eingewiesen. Diffuse fibrinös-gallige Peritonitis nach Perforation der Gallenblase infolge eines Druckgeschwürs, Status nach Laparotomie, mehrfacher Incision und Drainage.

Nr. 2516 [215] 70 j. Fr. Krankengeschichte: Seit 4 Tagen Leibschmerz, Erbrechen, Stuhl- und Windverhaltung, Pat. wird in sehr elendem Zustande eingeliefert, sofort Laparotomie und Drainage. Diffuse Peritonitis nach Gallenblasenperforation bei Empyem und Cholelithiasis.

Nr. 2059 [203] 51 j. Fr. Wegen Gallenblasenempyem bei hohem Fieber wird Cholecystektomie ausgeführt, darauf weiter hohe Temperaturen und zunehmende Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Bei der Relaparotomie ist kein Absceß zu finden. Pathologisch-anatomischer Befund: Disseminierte Miliartuberkulose mit unbestimmtem Ausgang vielleicht von der exstirpierten Gallenblase?

Nr. 1093 [155] 49 j. Fr. Status nach Cholecystektomie wegen Cholecystitis und Cholelithiasis. Todesursache: Erguß von Galle in die Bauchhöhle, Gallensteine im Ductus choledochus, beginnende Peritonitis.

Nr. 2729 [226] 38 j. Fr. Pat. wird in sehr elendem Zustand hereingebracht. Status nach Pylorostomie wegen Pylorusverschluß durch perforierten Gallenstein. Todesursache: Abgesackte Gallensteinperforation ins Abdomen, Peritonitis.

Nr. 913 [151] 62 j. Fr. Krankengeschichte: Cholecystektomie wegen Cholelithiasis und Cholecystitis, nach 14 Tagen abermals allgemeine Schwäche, Fieber, Icterus und kleiner Puls; wegen des schlechten Herzens muß von einem zweiten Eingriff abgesehen werden. Bei

der Sektion fand man einen gemischten Stein im Choledochus unmittelbar unterhalb der Einmündung des Cysticus, eitrige ascendierende Cholangitis und Pyelophlebitis.

c) Appendicitis.

15 Patienten starben an einer Peritonitis, die schon vor der Operation vorhanden war:

Nr. 3191 [240] 12 j. Kn. wurde fast pulslos eingeliefert Nr. 2900 [233] 37 j. M. Nr. 2445 [213] 30 j. M. Nr. 1946 [188] 6 j. Mädchen. Bei Nr. 1620 [177] 14 j. Mädchen wurde außer Appendektomie und Drainage des Abdomens eine Darmfistel angelegt.

Nr. 1008 [148] 49 j. M. Enterostomie durch Meckel'sches Divertikel. Nr. 873 [141] 14 j. Kn. Nr. 1934 [144] 21 j. M. mit subphrenischem und Psoasabsceß. Nr. 342 [120] 10 j. Kn. Nr. 466 [125] 20 j. Mädchen. Nr. 3588 [257] 13 j. Mädchen mit retroperitonealer Absceßhöhle, die bis an den r. Nierenpol reicht. Nr. 1523 [172] 29 j. Mädchen. Nr. 1149 [160] 13 j. Mädchen. Bei Nr. 2054 [198] 20 j. Mädchen und Nr. 865 [140] 52 j. M. wurde eine Incision und Drainage eines appendicitischen Abscesses vorgenommen.

Nr. 329 [123] 23 j. M. Status nach Appendektomie und diffuser eitriger Peritonitis mit Drainage. Nach 2 Tagen traten septische Erscheinungen auf, deshalb Unterbindung des Mesocolon, trotzdem in den folgenden Tagen Zunahme des septischen Zustandes, Blutungen, Exitus. Todesursache: Eitrige Phlebothromben der V. ileocolica, obturierende Thromben in einem größeren Pfortaderast des r. Leberlappens, Leberabscesse.

Nr. 3117 [238] 29 j. M. Krankengeschichte: Pat. erkrankte vor 10 Tagen mit Schüttelfrost, vor 7 Tagen nach Einweisung sofort Appendektomie, weitere Schüttelfröste, deshalb gestern Unterbindung der V. ileocolica. Bei der Sektion wurde festgestellt: eitrig-jauchige Thrombophlebitis von den Coecalvenen ausgehend, Sepsis.

d) Ileus. 5 Fälle.

Nr. 2611 [221] 1¾ j. Mädchen. Status nach Ileostomie und Lösung eines Strangulationsstranges. Todesursache: Diffuse eitrige Peritonitis.

Nr. 716 [134] 2 j. Mädchen. Klinische Diagnose: Volvulus und Invagination des Dünndarms. Status nach Darmresektion am unteren Teil des Ileums mit endständiger Darmfistel und seitenständiger Enteroanastomose. Todesursache: Peritonitis.

Nr. 2274 [206] 71 j. M. Status nach Colostomie wegen Ileus. Todesursache: Herzinsufficienz.

Nr. 1889 [187] 35 j. Fr. Klinische Diagnose: Adhäsionsileus, nachdem vor 3 Jahren eine Adnexexstirpation vorgenommen war. Jetzt Lösung von Adhäsionen und Anlegen einer Ileumfistel. Bei der Sektion wurde eine beginnende Peritonitis und starker Dünndarmmeteorismus festgestellt.

Nr. 59 [209] 76 j. M. Krankengeschichte: Vor 8 Tagen wegen Strangulationsileus mit Erfolg operiert, gestern plötzlich Collaps. Bei der Sektion sah man kurz vor der Einmündung in das Coecum eine 8 cm lange Ileumschlinge nekrotisch, mit deutlicher Strangulationsfurche, blauschwarz verfärbt und brüchig, mit mißfarbenem entsprechendem Mesenterium.

e) Hernien. 9 Fälle.

Nr. 206 [130] 85 j. Fr. Status nach Dünndarmfistel nach eingeklemmter Schenkelhernie. Todesursache: Lungenembolie.

Nr. 123 [116] 80 j. M. Klinische Diagnose: Linksseitige incarcerierte Hernie, Scrotumgangrän, Bronchopneumonie. Todesursache: Bronchopneumonie.

Nr. 1460 [180] 62 j. M. Status nach Darmresektion wegen incarcerierter Hernie, An-

legung einer Darmfistel. Bei der Sektion wurde festgestellt: Insufficiente Naht, Austritt von Darminhalt in die freie Bauchhöhle, diffuse fibrinös-eitrige Peritonitis. Marasmus senilis.

Nr. 1979 [190] 64 j. Fr. Status nach Resektion einer Dünndarmschlinge wegen Hernia femoralis incarcerata. Sektion: Nach Resektion eines Jejunumstückes und zirkulärer Naht der beiderseitigen Wundränder mit starker Einstülpung derselben ist ein Diaphragmaverschluß zustande gekommen; eine Dilatation des oberen Jejunums, Collaps des Dünndarms unterhalb war die Folge. Peritonitis.

Nr. 2858 [230] 81 j. M. Klinische Diagnose: Hernia epigastrica incarcerata, Status nach Herniotomie. Bei der Sektion sah man eine Gangrän des Wurmfortsatzes mit lokaler eitriger Peritonitis, ein Magencarcinom, Cholelithiasis, Cystennieren.

Nr. 3085 [241] 60 j. M. Status nach Resektion eines Stückes Ileum mit Mesenterium. Todesursache: Zirkumskripte eitrig-fibrinöse Peritonitis im kleinen Becken mit Collaps der Darmschlingen und multiplen Spornbildungen, eitrige Bronchopneumonien in den Unterlappen.

Nr. 3165 [242] 57 j. Fr. Status nach Reposition einer Littre'schen incarcerierten Hernie und Anlegung einer Dünndarmfistel im unteren Ileum wegen Darmparalyse. Bei der Sektion zeigten sich Residuen eines incarcerierten Ileumstückes mit seinem Mesenterium.

Nr. 1585 [179] 65 j. M. Tod durch Lungenembolie nach Operation einer doppelseitigen Leistenhernie, es war ein Hämatom beider Wunden vorhanden gewesen.

Nr. 2964 [235] 56 j. M. Status nach Herniotomie links, nach 4 Tagen plötzlich Tod unter Lufthunger, Cyanose und Schweißausbruch. Todesursache: Obturierender Thrombus im l. Ast der Art. pulmonalis, keine Thromben in den Verzweigungen des r. Astes; es entstand ein Scrotumhämatom.

f) Erkrankungen des Harnapparates.

Nr. 1114 [171] 63 j. M. Klinische Diagnose: Cystitis gravis, strictura urethrae. Status nach Sectio alta zur retrograden Dehnung der Striktur. Todesursache: Sepsis.

Nr. 2025 [186] 46 j. M. Status nach rechtsseitiger Nephrostomie und Drainage des Nierenbeckens wegen kompletter Anurie wegen eingekeilten Uretersteines. Bei der Sektion fand man zahlreiche Nierenbeckensteine, beginnende Nierenschrumpfung und rechts einen Uretherstein.

Nr. 2143 [200] 39 j. Fr. Pyelonephritis abscedens dextra. Nephrotomie. Status post partum. Todesursache: Sepsis, hämatogene Abscesse in beiden Nieren.

Nr. 2724 [229] 20 j. Fr. Status nach Nephrektomie rechts wegen Hydronephrose. Bei der Sektion fand sich links eine atrophische Niere mit Retentionscysten und ein verengter aber noch durchgängiger Ureter. Tod durch Urämie.

g) Erkrankungen der Prostata.

Nr. 2524 [218] 65 j. M. Klinische Diagnose: Prostatahypertrophie, Diabetes insipidus. Nach 8 Tagen Exitus. Todesursache: Hämorrhagische Cystitis, Blutung in die Harnblase.

Nr. 2077 [199] 75 j. M. Klinische Diagnose: Prostatahypertrophie, Cystitis. Bei der Sektion zeigte sich eine adenomatöse Prostatahypertrophie (maligner Tumor?), Cystitis, Pyelitis, leichte Pyelonephritis, Myodegeneratio cordis.

Nr. 1045 [155]. Status nach Prostatectomia suprapubica. Todesursache: Spindelförmiges Aortenaneurysma und starke Atherosklerose.

Zu den Erkrankungen der Bauchorgane füge ich noch folgende zwei Fälle an:

Nr. 707 [135] 29 j. M. Klinische Diagnose: Colitis haemorrhagica chronica. Vor 2 Jahren ½ Jahr lang Blutungen aus dem Darm, ebenso 4 Wochen vor der Operation. Status nach Colostomie, und am folgenden Tage unter zunehmender Anämie erfolgte der Exitus. Todesursache: Anämie und diffuse frische Peritonitis.

Nr. 3709 [47] 63 j. M. Krankengeschichte: Seit 2 Tagen unter den Symptomen einer Pancreatitis subacuta erkrankt, die Diagnose ist aber nicht sicher zu stellen. Bei der Operation zeigt sich deutlich ein Tumor dem retroperitonealen Epigastrium angehörend, beim Eingehen auf das Pankreas kommt dunkles Blut. Drainage. Todesursache: Pneumonie. Sektion verweigert.

Varia.

Nr. 412 [126] 9 Monate alter Knabe mit Hasenscharte und Gaumenspalte. Todesursache: Bronchopneumonie beider Unterlappen und des r. Oberlappens, Enteritis.

Nr. 615 [132] 6 Tage alter Knabe, lebensschwach, Atresia ani. Todesursache: Pneumonie und Peritonitis.

Nr. 1653 [181] 65 j. M. Klinische Diagnose: Dysenterie und Diabetes, Colitis. Todesursache: Schwere dysenterische Veränderungen im Dickdarm, schwere Aorten- und Coronarsklerose, beginnende Schrumpfniere.

II. Spezieller Teil.

1. Kopf.

(Bearbeitet von Dr. Kolb.)

a) Schädel.

(81 Fälle: 66 M., 15 W., 11 †).

A. Verletzungen.

(60 Fälle: 53 M., 7 W., 8 †).

1. Weichteilverletzungen (8 Fälle: 6 M., 2 W., 0 †); Nr. 149 M., 491 W., 1302 W., 2180 M., 2547 M., 3186 M., 3476 M., 3557 M.

Bei den Patienten handelt es sich bis auf einen um leichte Weichteilverletzungen, die durch Sturz entstanden waren. Nach Toilette der Wunde trat in allen Fällen Heilung ein. In einem Fall (Nr. 2547) bestand eine partielle Skalpierung der ganzen Stirngegend. Der Hautlappen war bis zur Nasenwurzel losgelöst. Heilung per secundam. In diesem und noch in einem anderen Falle wurde wegen der starken Beschmutzung der Wunde Tetanusantitoxin prophylaktisch gegeben. In Fall Nr. 491 bestand noch gleichzeitig eine Beckenkontusion.

2. Schußverletzungen (8 Fälle: 6 M., 2 W., 3 †); Nr. 148 W., 171 M., 276 M., 558 M., 917 W., 2485 M., 3156 M., 3492 M.

In zwei Fällen trat einige Stunden nach der Einlieferung der Tod ein. Beide Patienten hatten Suicid begangen; der eine wegen subjektiver Ohrgeräusche. Bei der Obduktion fand sich neben einem Ohrleiden eine Eiterung des Sinus frontalis und eine Aortitis luetica.

Trepaniert wurde in zwei Fällen, um die Kugel zu extrahieren. In einem anderen Fall saßen die zwei Revolverkugeln unter dem Musculus temporalis. In zwei Fällen wurde von einer Extraktion der Kugeln abgesehen, da keine Indikation zu einem Eingriff vorlag. In allen fünf Fällen glatte Heilung.

In Nr. 2485 fand sich neben dem Schädelschuß eine Schnittwunde am Halse, aus der es beständig blutete. Die Arteria maxillaris externa war verletzt und wurde unterbunden. Am zweiten Tage Tracheotomie, einige Stunden darauf plötzlicher Exitus. Bei der Obduktion fand sich ein in die Tiefe gehender Absceß im Bereich der

linken Halswunde median vom Innenrande des Sternocleidomastoideus, starkes Glottisoedem, Tracheotomiewunde. Die Kugel war dicht über der Nasenwurzel eingedrungen und hatte den Knochen gestreift. Ein- und Ausschuß lagen ganz dicht bei einander. Eine alte Osteomyelitis fand sich am linken Femur mit Fistelöffnung nach außen und großem Sequester.

3. Schädelfrakturen (mit Ausnahme der Schußfrakturen). 23 Fälle: 22 M., 1 W., 4 †.

a) Frakturen der Konvexität: 11 Fälle: 11 M., 2 †; Nr. 344, 363, 623, 1319, 1452, 1486, 2109, 2189, 2430, 2442, 2649.

Zwei Fälle kamen zum Exitus:

Nr. 2430. Pat. wurde im Streit mit einer Hacke auf den Kopf geschlagen. Ein Teil des Stirn- und Schläfenbeins war eingetrieben. Pat. wurde bewußtlos eingeliefert und starb, ohne das Bewußtsein wieder erlangt zu haben.

Nr. 2442. 24 j. Monteur war an einer Starkstromleitung beschäftigt, als plötzlich der Strom eingeschaltet wurde. Er bekam einen starken Schlag und fiel in einen Wassergraben. Bewußtlos kam er zur Aufnahme in die Klinik. Neben einer offenen klaffenden Stirnwunde mit frakturiertem Stirnbein bestand noch ein großes Hämatom des r. Augenlides, ferner eine Oberkieferfraktur, eine große Brandwunde am Rücken (3. Grades). Im Urin Eiweiß und Blut. Pat. starb einige Stunden nach der Aufnahme.

In den übrigen Fällen waren durch äußere Gewalt (Hieb durch Beil, Bierflasche, Holzscheit, Dreschmaschine) oder durch Fall auf den Kopf (Sturz vom Rad) Depressionsfrakturen oder Fissuren entstanden; fünf Fälle waren kompliziert, vier nicht. In vier Fällen wurde die Kompression gehoben. Zwei Fälle hatten noch eine Unterkieferfraktur.

Nr. 2649. 14½j. Junge erhielt von der Strohpresse einer Dreschmaschine einen Schlag. Ueber die beiden Scheitelbeine verlief eine ca. 12 cm lange, klaffende Wunde, die auf ihrem Grunde eine ca. 5 Markstück große Depression aufwies. Bei der Hebung der Depression erwies sich ein 3 Markstück großes Knochenstück vollständig losgelöst. Es wurde in Kochsalzlösung abgespült und in den Defekt eingesetzt (autoplastische Knochentransplantation). Glatte Einheilung.

b) Frakturen der Basis: 12 Fälle: 10 M., 1 W., 2 †; Nr. 480 W., 1107 M., 1220 M., 1602 M., 1603 M., 1834 M., 2950 M., 2566 M., 3002 M., 3008 M., 3348 M., 3431 M.

Die Ursache der Frakturen war in den meisten Fällen Sturz auf den Kopf (Sturz vom Rad, Sturz infolge des Abreißens eines Seiles). In einem Falle geriet Pat. mit dem Kopf in das Schwungrad einer Maschine. Bis auf zwei tödlich ausgehende Fälle konnten alle Patienten geheilt werden.

Nr. 1602. Pat. stürzte bei Anlegen eines Bohrloches aus einer Höhe von 20 m ab. Schädelbasisfissur links, komplicierter Unterkieferbruch rechts, Weichteilwunden am Hinterhaupt, Rippenbrüche. Nach 9 Tagen setzte eine Meningitis ein. Das Lumbalpunktat ergab dickflüssigen Eiter. In demselben fanden sich sämtliche Arten von Mundbakterien: Stäbchen. Bacillus fusiformis, Spirillen etc. Exitus am 17. Tage.

4. C o m m o t i o c e r e b r i: 9 Fälle: 7 M., 2 W., 0 †; Nr. 896 M., 1459 M., 2006 M., 2302 M., 2368 W., 2538 M., 2630 M., 3257 M., 3677 W.

Sieben Fälle waren leichter Natur und gelangten nach einigen Tagen zur Entlassung.

Bei Nr. 2630 bestand eine Kontusion mehrerer Finger und eine Larynxkontusion.

Nr. 3257. 36 j. Mann stürzte mit einem Aufzug ca. 14 m in die Tiefe und fiel beim Aufprall zuerst mit dem Gesäß, dann mit dem Hinterkopf in den Aufzug. Commotio cerebri. Quetschwunden am Hinterkopf. Mehrfache B e c k e n f r a k t u r e n. Das Röntgenbild zeigt eine Querfraktur des Kreuzbeins, eine Fraktur im Gebiete der r. Articulatio sacroiliaca, eine Fraktur an beiden Schambeinästen rechts und an der Gelenkpfanne (Luxatio centralis) und eine Lockerung und Verschiebung der Symphyse.

5. I n t r a k r a n i e l l e H ä m o r r h a g i e n nach Schädeltraumen ohne nachweisbare Verletzung des Schädeldachs. 4 Fälle: 4 M. 1 †.

Nr. 890. 23 j. Mann wurde durch eine geworfene Bierflasche am Schädel in der Gegend über und hinter dem l. Ohr verletzt. Pat. wurde verwirrt eingeliefert, zeigte motorische Sprachstörung. Es wird ein kleines D u r a l h ä m a t o m i n d e r G e g e n d d e s m o t o r i s c h e n S p r a c h z e n t r u m s angenommen. Die Aphasie ist nach ca. 5 Tagen verschwunden.

Nr. 1273. 3½ j. Mädchen wurde von einem Auto überfahren; es wurde bewußtlos eingeliefert. R. Arm und r. Bein gelähmt. Punktion eines H ä m a t o m s; daraufhin Zurückgehen der Lähmung.

Nr. 2200/2258. 15 j. Landwirtssohn raufte mit einem Bekannten, der ihm 10 Minuten lang fest den Hals drückte und ihn auf den Rücken warf. Pat. schlug mit dem Hinterkopf auf, war 15 Minuten bewußtlos und erbrach zweimal. Die r. Halsseite wurde angeblich stärker gedrückt als die linke. Schädel und Wirbelsäule diffus klopf- und druckempfindlich, besonders die l. Seite des Schädels. Nackenstarre angedeutet. L. Masseter kommt beim Kauen nach. Augenbewegungen eingeschränkt. Es besteht eine associierte Augenmuskellähmung. Die Augen können nicht nach links gedreht werden. Recti superiores beiderseits paretisch. R. Pupille weiter als die linke. Beiderseits ausgesprochene Stauungspapille. L. unterer Facialis etwas paretisch. Kopf wird gehalten wie bei Innervation des r. Sternocleido. Schlaffe Lähmung des l. Arms. Paralyse des l. Beins mit zeitweisen Spasmen. Im allgemeinen scheint die Sensibilität in allen Qualitäten rechts etwas besser als links zu sein. Es fehlen beiderseits Triceps-, Radialis- und Ulnarisreflex, l. Bauchdecken- und Cremasterreflex. L. Patellarreflex gesteigert mit Andeutung von Klonus. L. Babinski positiv. Sprache intakt. Pat. ist somnolent, reagiert schwer und langsam. Es wird eine intrakranielle Blutung angenommen. Große lappenförmige osteoplastische Trepanation über dem r. Scheitelbein. Die vermutete Blutung findet sich weder über noch unter der Dura. Auch bei einer Punktion auf der l. Seite findet sich kein Blut. Wundheilung ohne Störung. Der Pat. wurde zunächst nach der Operation stark somnolent, erholte sich dann aber wieder. Bei der Entlassung war keine Aenderung eingetreten.

Nr. 3475. 53 j. Mann erlitt am 13. IX. 11 einen Unfall. Linksseitige Schulterluxation mit Plexuslähmung. Pat. soll auch auf den Kopf gefallen sein. Er klagte in der Folgezeit über Kopfweh, Abnahme des Gedächtnisses, Schwindel und auch über Abnahme des Hör- und Sehvermögens. Pat. wurde wegen der Armlähmung in der Nervenambulanz behandelt.

Am 25. XI. 12 wurde er in bewußtlosem Zustand eingeliefert. Nach dem Befunde wurde ein subdurales Hämatom an der Konvexität der l. Großhirnhemisphäre angenommen. Die linksseitige Trepanation verlief ergebnislos. Pat. starb 5 Stunden nach dem Eingriff. Bei der Sektion fand sich etwa fingerbreit unterhalb der Trepanationsstelle ein frisches subdurales Hämatom. Exacerbation einer früheren Hämorrhagie (hämatogene Pigmentierung der Pachy- und Leptomenix, subdurale Membran). Starke Impression der ganzen l. Hemisphäre mit Verdrängung nach rechts hin.

6. Folgezustände nach Schädelverletzungen. 2 M. 0 †.

Nr. 2069. Pat. hatte vor 2 Monaten einen Schlag auf den Kopf bekommen. Seitdem ständig Kopfweh. Verlegung auf die Nervenklinik.

Ein Fall von Epilepsie nach einem Trauma kam zur Beobachtung.

Nr. 3673. 7 j. Kind. Vor 3 Jahren Ueberfahrung des Kopfes mit schweren Weichteilverletzungen rechts über dem Ohr. Rasche Erholung. Vor einem Jahr Anfälle von Petit mal. Vor ½ Jahr erster typischer epileptischer Anfall. In letzter Zeit häufen sich die Anfälle. Ganz wesentliche Herabsetzung des Sensoriums. In den letzten Tagen Verschlechterung der Sprache und Neigung zum Schlafen. Befund: Auf der r. Kopfseite zwei haarlose 1—2 Markstück große Narben, die leicht verschieblich sind. Neurologischer Befund bis auf beiderseitigen positiven Babinsky o. B. Operation: Lappenschnitt in der r. Temporalgegend. Aussägen eines 6 cm langen und 5 cm breiten Knochenstückes, das entfernt wurde. Starker Hirndruck. Nach Spaltung der Dura reichlicher Liquorfluß. Das Gehirn fühlt sich vielleicht etwas härter als normal an. Es pulsiert bald gut und die anfängliche Prominenz verschwindet. Am Abend und in der Nacht noch je ein Anfall. Dann keine Anfälle mehr. Wundheilung ohne Störung. Kind wird in wesentlich gebessertem Zustand entlassen. Nahrungsaufnahme ist sehr gut. Sensorium vollständig frei.

Anhang: Genuine Epilepsie.

6 Fälle: 6 M. 0 †; Nr. 346, 375, 408, 704, 1405, 3673.

Die Erfolge, die mit der Trepanation und Duradrainage in diesen Fällen erzielt wurden, sind ganz ähnlich denen, über die wir im letzten Jahresbericht Mitteilung gebracht haben. Einige Fälle wurden wesentlich gebessert, bei einigen traten Anfälle in viel geringerem Grade als vor der Operation auf.

Die Operationen wurden stets in Lokalanästhesie ausgeführt.

B. Entzündungen.

(7 Fälle: 4 M., 3 W., 1 †).

1. Akute Entzündungen. 5 Fälle: 3 M., 2 W., 1 †; Nr. 1052 W., 1106 M., 1403 M., 2207 M., 3217 W.

In vier Fällen handelte es sich um inficierte Kopfwunden — darunter ein Student mit vereiterten Schmissen — die auf Eröffnung der Wunden und Drainage derselben ausheilten.

Nr. 3217. 38 j. Landwirtsfrau hatte sich vor 3 Wochen durch einen Treibriemen am Kopf verletzt. Die Wunde wurde von einem Arzt versorgt, eiterte etwas. Am 1. XI. trat

plötzlich eine Lähmung der l. Seite auf. Befund: Mehrere kleine eiternde Wunden auf der r. Seite des Kopfes. Schlaffe Lähmung auf der l. Seite. Auch der l. Facialis ist gelähmt. Operation: Kreuzschnitt an der r. Schädelseite. Kleiner subkutaner Absceß. Knochen markstückgroß porös und usuriert. 5 Markstück große Trepanation. Dura verdickt, schmierig belegt. Im Gehirn nahe der Oberfläche im Bereich der motorischen Zonen ein großer Absceß, der eröffnet und drainiert wird. Die Lähmung ging in den folgenden Tagen zurück. Am 8. XI. trat sie wieder auf. Punktion ergab keinen neuen Eiter. An der Trepanationsstelle bildete sich ein beträchtlicher Prolaps aus. Am 11. XI. Exitus. Obduktion: Ca. faustgroßer, hämorrhagischer Erweichungsherd in der r. Hemisphäre mit Zerstörung der unteren Drittel beider Zentralwindungen, der unteren Frontalwindung, des oberen Temporallappens und Uebergreifen auf den vorderen Teil des Parietallappens. Kirschgroßer, extraduraler Absceß. Eitrige Leptomengitis des unteren Dorsalmarks bis Lumbalmarks.

2. Chronische Entzündungen. 2 Fälle: 1 M., 1 W., 0 †.

Nr. 1340. Kalter Absceß am Kopf. Punktion, Röntgenbestrahlung, Höhensonne.

Nr. 213. Erfolgreiche Exstirpation eines Konglomerattuberkel des Kleinhirns. Ein 10 j. Knabe war vor einem halben Jahre unter folgenden Symptomen erkrankt: Ausgesprochene Stauungspapille beiderseits, Motilität und Sensibilität nicht gestört, gesteigerte Reflexe, Fußclonus, ausgesprochene Ataxie der Arme und Beine (links stärker als rechts). Lumbalpunktat ohne Lymphocyten, Wassermann negativ, Pirquet negativ. Da bei dem stark vergrößerten Kopfumfang (58 cm) die Möglichkeit eines Hydrocephalus internus bestand, wurde zunächst die Punktion des l. Seitenventrikels (15 ccm) und im Anschluß daran der Balkenstich nach Anton und von Bramann ausgeführt. Letzterer gelang nicht sicher. Die anfängliche Besserung wich bald wieder einer Zunahme des Hirndrucks. Da die bestehenden Erscheinungen auf das r. Kleinhirn hinwiesen, wurde in einem zweiten Eingriff das r. Kleinhirn freigelegt, vor der Eröffnung der Dura, um das Vorfallen des Kleinhirns zu vermeiden, nochmals der l. Ventrikel punktiert, wobei eine große Menge Liquor abfloß und die Spannung über dem Kleinhirn nachließ. Die Punktionsnadel blieb während der Operation stecken. Nach Eröffnung der Dura zeigte sich ein überwalnußgroßer Tumor, der fast das ganze r. Kleinhirn einnahm. Stumpfe Ausschälung, Tamponade.

Der Eingriff wurde recht gut vertragen. Nach einer Woche war das Sehvermögen gebessert, der Knabe war munter. Der Tumor erwies sich als ein Solitärtuberkel. Deshalb wurde eine Tuberkulinkur mit großen, rasch ansteigenden Dosen eingeleitet, um einer tuberkulösen Meningitis vorzubeugen und die Reaktion des Körpers (vollständig negativer Pirquet) zu verstärken. Die verhältnismäßig großen Dosen von Tuberkulin riefen keine Spur von Reaktion hervor. Der Knabe wurde in gebessertem Zustand nach Hause entlassen. (Demonstration des Knaben im naturhistorisch-medizinischen Verein am 6. II. 12 durch Herrn Professor Wilms).

C. Tumoren.

(14 Fälle: 9 M., 5 W., 2 †).

1. Tumoren des Schädeldaches. 2 W., 1 †.

Nr. 793. 75 j. Frau. Schilddrüsenmetastase im l. Scheitelbein. Exitus an Druckschwankungen nach Exstirpation des Tumors. (Siehe Veröffentlichung von Kolb, Ein Beitrag zu den Knochentumoren thyreogener Natur. Beiträge zur klinischen Chirurgie, Band 82, Heft 2).

Nr. 3642. Bei einem 4 j. Kinde entwickelte sich unter den Erscheinungen der Protrusio bulbi ein Tumor, dessen Exstirpation unmöglich war. Der Ausgang des Tumors dürfte die seitliche Orbitalwand oder die Schädelbasis sein. Histologisch handelte es sich um ein Rundzellensarkom. Der Tumor wuchs sehr rasch. Das Kind soll einige Wochen nach der Entlassung gestorben sein.

2. Tumoren des Schädelinneren. 12 Fälle: 9 M., 3 W. 1 †.

Bei zwei Fällen von Hirntumoren wurde die Operation abgelehnt (Nr. 904 M., 1898 W.).

Vier Fälle mit sicherer Lokalisation des Tumors kamen zur Beobachtung:

Nr. 688. 38 j. Mann. Seit November 1911 Abnahme der Sehkraft. Seit ¾ Jahren leichte Kopfschmerzen. Befund: Hochgradige Papillitis. Mäßige Vorwölbung über der r. Schläfenschuppe oberhalb des Ohrs. Druckempfindlichkeit daselbst. Hirnnerven o. B. Leichte Ataxie der Hände. Leichte Reflexsteigerung der unteren Extremität, Andeutung von Fußklonus. Unsicherer Gang. Diagnose: Gliom der r. Hirnhemisphäre. Operation: Trepanation über der Vorwölbung an der r. Schläfenbeinschuppe. Tumor, der sich auf Gehirn und Knochen ausdehnt. Histologisch: Endotheliom. Radikaloperation unmöglich. Mit geheilter Wunde entlassen.

Nr. 689. 26 j. Mann. Der Befund ließ einen rechtsseitigen Kleinhirntumor annehmen. Die Trepanation bestätigte die Annahme. Der Tumor war nicht zu entfernen. Mit geheilter Wunde entlassen.

Nr. 839/2597. 32 j. Seiltänzer. Juni 1911 Sturz vom Seil aus 12 m Höhe infolge Verschuldens einer zweiten Person, nicht infolge Schwindelgefühls. Keine sichtliche Verletzung. Nach einigen Wochen tanzte Pat. wieder Seil. 8 Tage vor Weihnachten heftige Kopfschmerzen, 3 Tage darauf auch Schwindelgefühl. Später Erbrechen ohne vorausgegangene Magenstörung. Beschwerden werden immer stärker. Befund: Kopf nicht druckempfindlich. Neuritis optica. Sonstige Gehirnnerven o. B. Leichtes Schwanken nach rechts beim Gehen. Leichte Ataxie im r. Arm. Nystagmus horizontalis, besonders beim Blick nach rechts. Keine Lähmung, keine Atrophie, keine Sensibilitätsstörung. Sprache verlangsamt. Diagnose: Rechtsseitiger Kleinhirntumor. Operation: Es wurde eine Palliativtrepanation der rechten hinteren Schädelgrube vorgenommen und durch Punktion eine Kleinhirncyste festgestellt. 3 malige Wiederholung der Punktion. Als zur Radikaloperation geschritten wurde, mußte wegen einer starken Blutung und schlechten Allgemeinbefindens der Eingriff aufgegeben werden. Pat. konnte sich zu einem größeren Eingriff nicht mehr verstehen. Er kam 3 Monate später noch einmal zur Punktion bei unverändertem objektivem Befunde. Ende 1912 soll Pat. gestorben sein.

Nr. 924. 34 j. Taglöhner hat seit Mai 1911 ziehende Schmerzen im Hinterkopf, oft sausendes Geräusch in beiden Ohren, zeitweise Erbrechen, Schwindel. Das Sehvermögen hat abgenommen. Pat. wird uns von der medizinischen Klinik mit der Diagnose linksseitiger Kleinhirnbrückenwinkeltumor zugesandt. Befund: Rechte Pupille etwas weiter als die linke. Nystagmus beiderseits. Alle Sehnenreflexe sehr lebhaft, zuweilen Fußklonus. Romberg positiv. Therapie: I. Osteoplastische Entlastungstrepanation über dem l. Parietallappen ohne Duraeröffnung. II. Lappenbildung zur Eröffnung der hinteren Schädelgrube. Wegen Blutung aus einem Emissarium von der Eröffnung der Schädelkapsel abgesehen. III. Eröffnung der hinteren Schädelgrube unter Wegnahme des Knochens. Entfernung eines kastaniengroßen Tumorstücks (Sarkom) vom l. Klein-

hirnbrückenwinkel nach Punktion des l. Ventrikels. Die Operationen wurden gut überstanden. Im Anschluß an die letzte Operation entwickelte sich eine starke Ataxie der Arme und besonders des Kopfes. Ein haselnußgroßer Prolaps entwickelte sich, der sich vom Rande her langsam überhäutete. Damit hörte der Liquorfluß auf. Bei der Entlassung war die Ataxie fast vollständig verschwunden. Da der Tumor nicht radikal entfernt werden konnte, ist ein Recidiv sicher. Pat. wurde nach der Entlassung aus dem Auge verloren.

Folgende sechs Fälle von Hirndrucksteigerungen bzw. Hirntumoren unsicherer Lokalisation kamen zur Beobachtung:

Nr. 1064 W. Palliativtrepanation. Obduktionsbefund: (Exitus 70 Tage nach dem Eingriff): Tumor der r. Kleinhirnhälfte mit Durchbruch durch das Tentorium und Fortsetzung auf den Hinterhauptslappen.

Nr. 2004. 43 j. Frau. Der an der Trepanationsstelle vermutete Tumor wurde nicht gefunden. Ungebessert entlassen.

Nr. 2266. 40 j. Arzt. Früher immer gesund. 1910 Sturz vom Pferde (Baucherscheinungen). 1911 hatte Pat. 4 mal ganz kurz dauernde Anfälle von erschwerter Wortfindung, so daß er plötzlich kein Wort mehr fand. November 1911 sehr vermehrte Wassermenge. Urin hatte sehr hohes spezifisches Gewicht und Zucker. Der Augenarzt stellte damals eine beiderseitige Papillitis fest. Etwas Kopfschmerzen traten auch auf. Pat. konnte seinen Beruf noch vollständig ausfüllen. In der letzten Zeit anfallsweise heftige Kopfschmerzen, Erbrechen, Pulsverlangsamung und Fieber. Befund: Links ausgesprochene Stauungspapille mit beginnender Atrophie, rechts Papillitis. Romberg schwach positiv. Nervenbefund sonst normal. Psyche entschieden anormal, deutlich etwas dement, läppisch, medizinisch ganz verständnislos. Gedächtnis schlecht; Rechnen sehr schlecht. Diagnose: Tumor cerebri links? Cyste? Operation: Große Trepanation links über dem Stirnhirn. Gehirn trocken, ohne Pulsation. Von einem Tumor ist nichts zu finden. Punktion ergibt keinen Anhalt für eine Cyste. Die Blutung aus dem Knochen ist auffallend stark und auch in der Schädelhaut sind sehr weite Venen. Verlauf: Wundheilung glatt. Es bildet sich ein allmählich gut pulsierender Hirnprolaps. Visus objektiv und subjektiv rechts besser, links unverändert.

Nr. 2664. 31 j. Malermeister. Früher nie krank gewesen. Seit einem halben Jahre Kopfschmerzen. In letzter Zeit nahm die Sehkraft ab. Befund: Starke Somnolenz. Stauungspapille beiderseits ausgeprägt. Sehnenreflexe sehr schwer auslösbar. Deutliches Kernig'sches Phänomen beiderseits. Puls 60. Diagnose: Steigerung des Hirndrucks durch Tumor. Lokalisation unsicher. Operation: Palliativtrepanation über der r. Parietal- und Temporalgegend. Druck enorm. Spaltung der Dura in mehreren Richtungen. Entleerung von ca. 30 ccm aus dem Ventrikel. Spannung läßt nach und Pulsation tritt ein. Verlauf: Vorübergehende komplette Lähmung der ganzen l. Seite. Bei der Entlassung am 30. IX. wesentliche Besserung. Kopfschmerzen verschwunden. Appetit sehr gut. Kein Erbrechen mehr. Nachuntersuchung am 10. XII.: Pat. fühlt sich sehr wohl, sieht wieder sehr gut, kann stundenlang gehen. Kleiner Hirnprolaps. Sehr selten Kopfschmerzen. Erhebliche Gewichtszunahme.

Nr. 3012. 17 j. Eisenbahnarbeiter. Seit 1911 an den Erscheinungen des Hirndrucks erkrankt. Keine Lokalisation eines Tumors möglich. Palliativtrepanation. Wundheilung per primam. Ungebessert auf medizinische Klinik zurückverlegt.

Nr. 3414. Bei einem 25 j. Gärtner wurde ein linksseitiger Kleinhirntumor angenommen. 2 Wochen nach einer Palliativtrepanation wurde das Kleinhirn freigelegt. Ein Tumor war

nicht sicher festzustellen. Die Pons war etwas härter beim Anfühlen als sonst. Pat. wurde ungebessert entlassen.

Zusammenfassung:

In 10 Fällen wurde trepaniert. In den Fällen, in denen ein sicher lokalisierbarer Tumor angenommen wurde, nahm man eine Palliativtrepanation vor der in etwa zwei Wochen eine Freilegung des Tumors folgte. Die Operationsmortalität war gleich null. Ein Fall kam 70 Tage nach der Palliativtrepanation ad exitum. Die Operationen wurden sämtlich in lokaler Anästhesie vorgenommen.

Von allen zehn Fällen wurde nur in einem einzigen Falle (Nr. 2664) eine Heilung bzw. weitgehende, anhaltende Besserung erzielt. Bei diesem Falle bestand eine starke Hirndrucksteigerung, bei dem als Ursache des gesteigerten Hirndrucks ein nicht zu lokalisierender Tumor angenommen wurde. Alle übrigen neun Fälle wurden ungebessert entlassen, wenn man die durch die Palliativtrepanation vorübergehend hervorgerufene Besserung unberücksichtigt läßt.

Die Tumoren verteilen sich wie folgt: 1 auf das Großhirn, 4 auf das Kleinhirn. In 5 Fällen war keine Lokalisation möglich.

b) Gesicht, Nasen- und Mundhöhle.

(154 Fälle: 97 M., 57 W., 4 †).

A. Verletzungen.

(25 Fälle: 13 M., 12 W., 0 †).

1. Weichteilverletzungen.

a) Einfache Wunden: 2 M., 0 †; Nr. 1773, 2983.

Beide Patienten waren vom Rad gestürzt und hatten sich Rißquetschwunden zugezogen. Tetanusantitoxin. Glatte Heilung der Wunden.

b) Verbrennungen: 2 M., 0 †.

Nr. 807. Pat. hatte sich mit einer Zigarre am Kinn verbrannt. Heilung ging gut von statten, als am 5. Tage eine rasch zunehmende Schwellung unter dem Kinn auftrat. Incision des Abscesses. Heilung.

Nr. 912. Pat. fiel in einen 4 m tiefen Schacht, in den Benzin ausgeflossen war. Als er ein Streichholz ansteckte, entzündete sich der Benzindampf. Verbrennung meist 3. Grades besonders des Kopfes, der Arme und des Rückens. Unter Salbenbehandlung langsame Heilung. Starkes Ektropium des r. Auges.

2. Schußverletzungen: 2 M., 0 †.

Nr. 819. Einem 1½ Jahre alten Kinde entlud sich beim Spielen eine Pistole. Die Kugel drang in die Wange, aus der sie entfernt wurde.

Nr. 3486. Der 36 j. Pat. wurde durch zwei Schüsse aus einer Browningpistole verwundet. Der knöcherne Nasenrücken war von der einen Kugel durchschlagen. Die zweite Kugel durchschlug die Unterlippe und drang in die Zungenwurzel ein. Extraktion der Kugel in der

Zunge nach Entfernung der Glandula submaxillaris von außen. Lähmung des r. Nervus marginalis.

3. Knochenverletzungen: 7 Fälle: 6 M., 1 W., 0 †; Nr. 736 M., 2001 M. 2122 M., 2218 W., 2718 M., 2875 M., 3346 M.

Es kamen zur Beobachtung 3 Fälle von Oberkieferbruch, 3 von Unterkieferbruch und 1 Nasenbeinbruch. Alle Fälle heilten.

Nr. 2718. Ein 69 j. Jäger schoß sich mit Schrot gegen den l. Unterkiefer. In der Mitte des l. Unterkiefers ca. 3 cm vom unteren Rande desselben nach oben befand sich die Einschußöffnung. Keine Ausschußöffnung nachweisbar. Großes Hämatom, das ständig zunimmt. Atemnot. Unter Lokalanästhesie wird auf das Hämatom eingeschnitten. Die Mandibula ist zersplittert. Es blutet zwischen den Splittern sehr stark, jedenfalls Verletzung der Arteria mandibularis. Mikulicztamponade. Stehen der Blutung. Heilung.

B. Entzündungen.

(61 Fälle: 44 M., 17 W., 2 †).

1. Entzündungen der Weichteile des Gesichts. (19 Fälle.)

a) Akute Entzündungen (15 Fälle: 15 M., 0 W., 0 †).

α. 7 Fälle von Oberlippenfurunkel 1 Fall von Furunkel des unteren Augenlides, 1 Fall von Nasenfurunkel und 1 Fall von Furunkel des Kinns kamen nach Incision zur Heilung. Ein Patient hatte eine spastische Spinalparalyse. (10 Fälle: 10 M., 0 †; Nr. 270, 445, 543, 1325, 1881, 1928, 2322, 3255, 3652.)

β. Zwei Fälle von Gesichtsphlegmone (Nr. 1277 M., 2171 M.) kamen nach Incision zur Heilung. Bei dem einen Fall war die Entzündung von einer Verletzung am Munde ausgegangen, die sich Patient durch Fallen von einem Baum zugezogen hatte. Ein Stückchen Baumrinde wurde in einer Eiterhöhle gefunden. Bei dem anderen Fall war die Phlegmone nach Incision eines Oberlippenfurunkels entstanden.

γ. Zwei Fälle von Milzbrandfurunkel wurden nach Seruminjektionen, Salvarsaninjektionen und nach Anwendung von feuchten Verbänden geheilt nach Hause entlassen (Nr. 2578 M., 3289 M.).

δ. Ein Fall von Gesichtserysipel mit Absceß über der linken Augenbraue kam zur Heilung (Nr. 407 M.).

b) Chronische Entzündungen (4 Fälle: 2 M., 2 W., 0 †).

α. Zwei Fälle von Lupus faciei (Nr. 624 W., 717 W.) wurden mit Röntgenstrahlen behandelt.

β. Ein Fall von Makrocheilie auf luetischer Basis wurde mit Keilexcision in horizontaler Richtung behandelt. WaR. + (Nr. 2223 M.).

γ. Ein aktinomykotischer Absceß der Wange (Nr. 2942 M.) kam nach Incision und Drainage zur Ausheilung.

2. Entzündungen der Mund- und Rachenhöhle (28 Fälle).

a) Parulis. 15 Fälle: 9 M., 6 W., 0 †; Nr. 304 W., 328 W., 388 W., 1441 M., 1449 W., 1689 M., 1735/1960 M., 1972 M., 2426 M., 2622 W., 2669 W., 2915 W., 3295 W., 3313 M., 3381 W. Nach Incision und ev. Zahn- bzw. Zahnwurzelextraktion wurde in allen Fällen Heilung erzielt.

b) Entzündungen der Speicheldrüsen: 3 M., 1 †.

Nr. 463. Parotitis suppurativa. Incision. Drainage. Sepsis. Exitus am 8. Tage. Obduktionsbefund: Konfluierende Bronchopneumonie. Pleuritis fibrinosa. Eitrige Bronchitis. Abscedierende r. Parotis. Septische Milz. Trübe Schwellung der Nieren.

Nr. 525. Pat. hatte bei einer Schlägerei einen Messerstich in die vordere r. Wange erhalten. Durchtrennung des Ductus parotideus. Nach einigen Tagen Parotitis. Eiter entleert sich bei Sondierung des Ausführungsgangs. Heilung mit Restitutio ad integrum.

Nr. 2876. 38 j. Mann. Speichelstein im l. Ductus submaxillaris. Incision und Extraktion eines haselnußgroßen Steins. Im 12. Lebensjahre hatte sich von selbst ein Speichelstein abgestoßen.

c) Entzündungen der Zunge: 2 M., 0 †. Siehe auch unter d).

Nr. 493. Ein tuberkulöses Ulcus der Zunge wurde exstirpiert und die Unterkieferdrüsen mit den Glandulae submaxillares ausgeräumt. Heilung.

Nr. 1521. Incision eines Zungenabscesses bei einem Tabiker. Heilung.

d) Lues der Mundhöhle: 2 M., 1 W., 0 †.

Nr. 1716. Luetische Gaumenperforation. Vernähung des Defekts. Starke Nachblutung. Heilung.

Nr. 1907. Ulcus der Zunge, das für tuberkulös gehalten wurde, da die Anamnese vollständig versagte und die WaR negativ war. Histologisch: Chronische Entzündung, für Tuberkulose kein Anhalt, für Lues verdächtig. Später entwickelte sich ein sekundäres Syphilid. Pat. gab jetzt auch an, Cunilinguus getrieben zu haben.

Nr. 3609. Schwellung der Glandulae buccales. Infiltrat im weichen Gaumen. Schmierkur und Salvarsan brachten wesentliche Besserung.

e) Tonsillarabscesse: 1 M., 1 W., 1 †.

Nr. 670. Incision. Heilung.

Nr. 1572. Todesfall infolge Blutaspiration nach Incision eines Tonsillarabscesses (?). Vor ca. 7 Tagen Auftreten von Halsschmerzen. Seit 5 Tagen zunehmende Schwellung. Der Hausarzt incidierte 3 mal, wobei sich jedoch nur Blut entleerte. Das letzte Mal stärkere Blutung. Zu Hause soll Pat. einmal in der Nacht ca. ½ Tasse Blut verloren haben. Heute zunehmende Dyspnoe. Deshalb bringt der Arzt Pat. in die Klinik. Es soll zu Hause Fieber bestanden haben. Befund: Etwas cyanotischer, bleicher Mann von kräftigem Körperbau. Erhebliche Dyspnoe. Rachenorgane: Das Zäpfchen ist stark nach rechts gedrängt. Die Gegend der l. Gaumenbögen ist enorm geschwollen; die Tonsille sitzt der Geschwulst auf, ist mäßig gerötet, zeigt keine Pfröpfe. Die Schwellung reicht von der l. Tube bis in den Anfang des Oesophagus und nimmt die ganze seitliche Wand der Pharynx ein. Die Konsistenz ist hart. Der Gaumen ist mit Blut bedeckt. Klinische Diagnose: Peritonsillärer Absceß. Therapie: Incision mit dem bis auf ½ cm mit Heftpflaster verdeckten Scalpell. am oberen Teil der Schwellung durch die Schleimhaut. Eingehen mit der geschlossenen Pincette. Es entleert sich kein Eiter, wenig Blut. Nochmaliges Eingehen mit der geschlossenen Pincette mehr nach links in vollständig lockerem Gewebe ohne Widerstand. Plötzlich kommt eine große Menge Blut. Der Versuch zu tampo-

nieren mißlingt. Carotiskompression hat keinen Erfolg. Der Mund füllt sich mit Blut. Pat. aspiriert. Die Geschwulst scheint größer zu werden (??). Pat. wird unter Carotiskompression auf den Tisch gelegt. Inzwischen starke Aspiration. Während der Tracheotomie Exitus. Bei der Obduktion findet sich ein Ulcus in Ringknorpelhöhe, das einem perforierten Absceß entspricht. Außerdem ist das ganze Gewebe durchblutet (alte Blutung!). Diese Blutung hatte als Absceß imponiert. Die Wasserprobe von Carotis und Jugularis aus ergibt keine Gefäßläsion. Vielleicht handelt es sich um einen Bluter. Todesursache ist die Blutaspiration.

f) Zahnfistel: 1 M., 1 W., 0 †; Nr. 292, 1829.

In beiden Fällen nach Extraktion der Wurzeln Heilung.

g) Leukämie: 1 M., 0 †.

Nr. 2963. Der 19 j. Pat. ließ sich vor 14 Tagen Zähne ziehen; bald darauf trat eine Schwellung des Zahnfleisches beider Zahnreihen und Geschwürbildung ein. Bei dem auffallend blaß aussehenden Mann ist an den inneren Organen kein pathologischer Befund zu erheben. Die Milz ist nicht vergrößert; es bestehen keine Drüsenschwellungen. Die Oberlippe ist im ganzen verdickt, links mehr wie rechts. Die Schwellung setzt sich bis auf den Oberkiefer fort. Sämtliche Zähne zeigen starke Caries. Foetor ex ore. Das Zahnfleisch ist allenthalben aufgelockert, bläulich verfärbt und blutet leicht bei Berührung. Stomatitis ulcerosa. Keine Kieferklemme. Keine parulischen Prozesse. Wassermann negativ. Therapie: Mundspülungen, Salicyl, Neosalvarsan. Nach 25 tägigem Aufenthalt bei uns machten sich Drüsenschwellungen und ein leichter Milztumor bemerkbar. Eine Probeexcision ergibt, daß es sich um ein sicheres Leukom handelt. Leukocytenzahl 18 000. Verlegung in die medizinische Klinik.

3. Entzündungen der Knochen und Gelenke (9 Fälle).

a) Tuberkulose: 3 M., 0 †; Nr. 1388, 3314, 3742.

In den drei Fällen handelte es sich um Unterkiefertuberkulose. Nach Entleerung der Abscesse wurde Röntgenbestrahlung ambulant vorgenommen.

b) Aktinomykose: 1 W., 0 †; Nr. 3726.

Nach Sequestrotomie des rechten Unterkiefers und Incision der Fistelgänge Heilung.

c) Osteomyelitis der Kieferknochen: 3 W., 0 †; Nr. 301, 2570/3057, 3716.

In allen drei Fällen handelte es sich um eine Osteomyelitis des Unterkiefers. In zwei Fällen wurden Sequester entfernt, im dritten ein Absceß eröffnet. Patient wurde mit kleinen Fisteln in ambulante Behandlung entlassen.

d) Kiefergelenkankylosen: 1 M., 1 W., 0 †; Nr. 1751, 3314.

Bei dem 28 jährigen Mann wird mit Hilfe des Mundsperrers und eines Tanzknopfes, der zwischen die Zahnreihen eingekeilt wird, die Kiefersperre gehoben. Die Resektion der Köpfchen wurde bei einer 49 jährigen Frau vorgenommen. Die Gelenkflächen zeigten arthritische Veränderungen. Auch in diesem Falle weitgehende Besserung.

4. Trigeminusneuralgien: 4 M., 1 W., 0 †; Nr. 248 M., 808 M., 1030 M., 1584 M., 3220 W.

Die Fälle wurden bis auf einen mit Neurektomie und Neurexairese behandelt. Dreimal handelte es sich um eine Supraorbitalneuralgie, einmal um eine Supra- und Infraorbitalneuralgie. In einem Fall bestand eine Neuralgie im dritten Trigeminusast; diese wurde durch eine Novocaininjektion behandelt. Alle Patienten verließen beschwerdefrei die Klinik.

C. Tumoren.

(40 Fälle: 20 M., 20 W. 2 †).

1. Weichteiltumoren des Gesichts (20 Fälle).

a) Gefäßgeschwülste: 4 M., 3 W., 0 †; Nr. 774 W., 1070 M., 1775 M., 2246 M., 2473 M., 2481 W., 2579 W.

Die Angiome saßen am Ohr, an der Wange, an der Ober- und Unterlippe. Bis auf einen Fall handelte es sich um Angiome, die schon bald nach der Geburt bemerkt worden waren. Bei einem 24 jährigen starken Raucher entstand vor 5 Wochen an der Oberlippe ein kleines Geschwürchen, das sich rasch vergrößerte und öfters blutete. Die Therapie bestand in Excision, Thermokauterisation, Injektion von Alkohol, Kohlensäureschneebehandlung.

b) Ranula: 2 W., 0 †; Nr. 1407, 2353. Nach Exstirpation in beiden Fällen Heilung.

c) Naevus pigmentosus (Melanosarkom?) wurde mit Kohlensäureschnee behandelt (Nr. 852 W.).

d) Carcinome: 10 Fälle: 7 M., 3 W., 0 †.

Davon betrafen 6 Fälle die Unterlippe (Nr. 1172 M., 1604 M., 2238 W., 2658 M., 3514 M.), 1 Fall die Stirn (Nr. 1611 W.), 1 Fall die Schläfe (Nr. 2139 M.), 1 Fall die Wange (Nr. 2169 M.), 1 Fall die Nasolabialfalte (Nr. 3243 W.). Alle Fälle kamen primär zur Behandlung, die in Excision mit Ausräumung der Drüsenmetastasen bestand. Nur in einem Falle von einem großen, flachen Hautcarcinom wurde durch Röntgenbestrahlung und Kohlensäureschnee ein gutes Resultat erzielt.

Die Patienten standen im Alter von 52—79 Jahren.

2. Tumoren der Mundhöhle und der Zunge: 15 Fälle: 7 M., 8 W., 0 †.

In 8 Fällen handelte es sich um Epulis. Exstirpation ev. mit Entfernung eines Teils des Kiefers brachte Heilung (Nr. 166 W., 587 W., 1262 M., 1822 W., 2595 W., 2867 M., 2993 W., 3536 M.).

Ein Fall von Parotiscarcinom (Nr. 2937 M.) kam zur Operation. Exstirpation. Röntgenbehandlung.

Ein 1911 operierter Fall von Mundbodencarcinom kam mit einer taubeneigroßen, flukturierenden Geschwulst wieder, die sich als eine

Retentionscyste einer Speicheldrüse erwies. Kein Carcinom nachweisbar (Nr. 3682).

Bei einem Carcinom des weichen Gaumens (Nr. 843 M.) wurde der weiche Gaumen und ein Teil der Gaumenbögen abgetragen. In einer zweiten Sitzung wurden carcinomatöse Halsdrüsen exstirpiert. Heilung.

Zwei Fälle von Zungencarcinom (Nr. 306 W., 2014 W.) kamen zur Operation. Ein Fall war schon zweimal operiert.

Ein Tumor der linken Tonsille (malignes Blastom der Tonsille mit zahlreichen Zellteilungsfiguren; sehr wahrscheinlich lymphoblastischer Tumor) wurde exstirpiert (Nr. 894 W.). In einem anderen Fall (Nr. 2795 M.) handelte es sich um ein inoperables Sarkom der Tonsille. Dieser Fall wurde ins Samariterhaus verlegt.

3. Tumoren der Kiefer: 5 Fälle: 2 M., 3 W., 2 †.

Ein Fall von follikulärer Zahncyste des Unterkiefers (Nr. 2946 M.) kam zur Operation (Extraktion des Zahns, Eindellung der Knochencyste).

Bei einem Fall von Carcinom des festen Gaumens (Nr. 555 W.) wurden die mittleren Partien der Oberkiefer entfernt.

Ein Ober- und ein Unterkiefercarcinom kamen nach Resektion der betreffenden Kiefer infolge Pneumonie ad exitum.

Bei einem melanotischen Spindelzellensarkom (Nr. 2137 W.) des Oberkiefers wurde Oberkieferresektion vorgenommen. Die v. Dungern'sche Tumorreaktion war in diesem Falle positiv.

D. Missbildungen.

(28 Fälle: 20 M., 8 W., 0 †.)

1. Gaumenspalten: 5 M., 0 †; Nr. 922, 1390, 1446, 1517, 1698. Die Patienten standen im Alter von 2—6 Jahren. In allen Fällen wurde die Naht der Spalte vorgenommen. In keinem Falle wurde eine vollständige Heilung erzielt, da die Naht teilweise wieder aufplatzte. Die Kinder wurden auf eine spätere Zeit wieder bestellt. Bei vier Kindern war eine Hasenscharte schon früher mit Erfolg operiert worden.

2. Hasenscharten: 11 Fälle: 6 M., 5 W., 1 †; Nr. 201 M., 412 M., 413 M., 715 M., 1243 W., 1991 M., 2000 W., 2739 M., 2780 W., 2931 W., 2540 W.

Die Kinder standen im Alter von 7 Tagen bis 11 Jahren. Die Plastik wurde nach Mirault oder Nélaton vorgenommen. Ein 9 Monate altes Kind starb an Pneumonie. Ein Kind wurde mit noch liegenden Nähten nach Hause entlassen. Bei den übrigen Fällen trat Heilung ein.

3. Gaumen- und Lippenspalten: 10 Fälle: 8 M., 2 W., 0 †; Nr. 1152 W., 1341 M., 1384 M., 1385 M., 1454 W., 1645 M., 1860 M., 2117 M., 3046 M., 3482 M.

In allen Fällen wurde die Hasenscharte nach Mirault operativ

beseitigt. In einem Falle wurde der Hasenschartenoperation die Plastik des Gaumenspaltes vorausgeschickt. Die Resultate waren bis auf einige kleine Dehiszenzen gut. Bei den mit kompletter Gaumenspalte kombinierten Hasenscharten bedienten wir uns mit gutem Erfolg einer Klammer, durch die die Oberkiefer zusammengedrückt werden. (Siehe Dr. Neumann, Zur Operation sehr großer, mit kompletter Kieferspalte einhergehender Hasenscharten. Deutsche medizinische Wochenschrift 1912, Nr. 52.)

Die Kinder waren 2 Tage bis 5 Monate alt.

Anhang: Plastiken.

Nr. 1888 M. Pat. hat schon als Kind eine sehr stark eingefallene Nase gehabt, wurde deswegen schon außer der Klinik operiert, aber ohne Erfolg. Das Nasenbein fehlte vollständig. Es wurde durch ein Stückchen aus der Tibia ersetzt. Glatte Heilung.

Nr. 3225 W. Verbiegung des Septum nasi. Geradebiegung.

2. Hals, Brust, Rücken.

(Bearbeitet von Dr. Kolb.)

a) Hals und Nacken.

(343 Fälle: 99 M., 244 W., 4 †.)

A. Verletzungen.

(2 M., 0 †.)

Nr. 2205. Große Rißwunde in der l. Achselhöhle, infolge eines Erdrutsches entstanden. Tetanusantitoxin. Perubalsam. Drainage.

Nr. 2461. Stichwunde mit Perforation des Schildknorpels. Suicidversuch.

B. Akute Entzündungen.

(17 Fälle: 12 M., 5 W., 1 †.)

Nach Incision heilten drei Halsphlegmonen aus (Nr. 980 M., 1554 M., 2002 W.).

Sechs Fälle von heißen Halsabcessen kamen zur Beobachtung (Nr. 356 M., 1634 M., 2150 M., 2164 M., 2568 M., 2813 M.). In allen Fällen trat nach Incision Heilung ein, bei Nr. 1634 nach Auftreten eines Erysipelas migrans.

Ein Fall von Lymphadenitis bei Zahncaries (Nr. 370 W.) ging nach Anwendung von feuchter Wärme in Heilung über.

Ein Fall von Nackenphlegmone (Nr. 442 W.) bei Pediculi capitis kam nach Incidierung zur Ausheilung.

Drei Fälle von Nackenfurunkel (Nr. 625 M., 2941 M., 3360 W.) heilten nach Incisionen und feuchten Verbänden.

Ein 28 jähriger Schlosser starb an Sepsis nach Halsdrüsenvereiterung (Nr. 3091 M.).

Ein Fall von Milzbrandkarbunkel gelangte bei konservativer Behandlung zur Heilung (Nr. 2053 M.).

Anhang. Nr. 1701 M. Vor 10 Wochen wegen Diphtherie Tracheotomie. Das Dekanulement gelang bei uns ohne Schwierigkeiten.

C. Chronische Entzündungen.

(56 Fälle: 27 M., 29 M., 0 †.)

1. Aktinomykose: 2 M., 0 †.

Nr. 2150. Bei einem 55 j. Mann trat, nachdem er sich selbst vor 3 Wochen einen Backenzahn links unten gezogen hatte, eine Schwellung am Hals links auf. Bei der Incision entleerte sich Eiter, in dem Aktinomycesdrüsen nachgewiesen wurden. Therapie: Innerlich Jodkali, Röntgenbestrahlungen. Gebessert in ambulante Behandlung entlassen.

Nr. 2475. Vor 4 Jahren Absceß am Kiefer. Jetzt Absceß am Hals mit starker Infiltration. Die Probeexcision ergibt Verdacht auf Aktinomykose. Geheilt entlassen.

2. Tuberkulöse Lymphome: 53 Fälle: 24 M., 29 W., 0 †.

Nr. 162 W., 173 W., 337 M., 383 W., 437 W., 441 W., 451 W., 527 W., 557 M., 604 M., 614 W., 633 M., 757 M., 778 M., 817 W., 878 M., 881 M., 882 M., 942 W., 981 W., 986 W., 995 M., 1022 W., 1025 M., 1080 W., 1099 M., 1125 W., 1185 W., 1225 W., 1291 M., 1305 M., 1318 W., 1372 W., 1426 W., 1479 M., 1537 W., 1587 M., 1590 W., 1627 M., 1683 W., 1781 W.. 1817 M., 1885 M., 2052 M., 2065 M., 2810 M., 2291 M., 2765 W., 2874 M., 2896 W., 3017 W., 3033 W., 3530 M.

Je nach dem Zustand der Drüsen wurden Röntgenbestrahlungen, die Incision (18 mal), Exkochleation (3 mal), Incision und Exkochleation (2 mal) und Punktion (2 mal) vorgenommen.

In 34 Fällen wurde mit Röntgenstrahlen behandelt. In 10 Fällen wurden nur Röntgenstrahlen angewandt: es handelte sich in diesen Fällen um kleine, harte, nicht erweichte Drüsen. In 16 Fällen sah man sich genötigt, der Röntgenbestrahlungskur die Exstirpation der erweichten, verkästen Drüse anzuschließen.

Da alle Fälle ambulant weiter behandelt wurden, ist über das Endergebnis der Behandlung nichts Zahlenmäßiges mitzuteilen. Die Erfolge der Behandlung waren für uns zufriedenstellend.

3. Holzphlegmone: 1 M., 0 †.

Nr. 3427. Nach Incision und Drainage gebessert in hausärztliche Behandlung entlassen.

D. Tumoren.

(263 Fälle: 54 M., 209 W., 3 †.)

1. Benigne Strumen: 211 Fälle: 45 M., 166 W., 0 †.

Nr. 172 W., 177 W., 250 W., 207 W., 252 W., 266 W., 288 M., 294 M., 305 W., 307 W., 324 W., 332 M., 365 W., 367 W., 373 W., 380 W., 465 W., 473 M., 485 W., 542 W., 567 W., 569 W., 573 M., 591 M., 607 M., 611 W., 622 W., 630 W., 632 W., 646 W., 647 W., 648 W., 695 W., 722 W., 731 W., 742 W., 769 W., 775 W., 776 W., 827 M., 851 W., 871 W., 876 W.,

907 M., 946 W., 951 M., 962 W., 983 M., 987 W., 1005 W., 1006 W., 1007 W., 1033 W., 1038 M., 1072 W., 1154 M., 1161 W., 1165 W., 1166 M., 1200 W., 1267 W., 1272 W., 1287 W., 1300 W., 1312 W., 1313 W., 1353 W., 1354 W., 1361 W., 1362 W., 1368 W., 1382 W., 1389 W., 1396 M., 1399 W., 1406 W., 1417 W., 1423 W., 1424 W., 1447 W., 1450 W., 1483 W., 1492 M., 1496 W., 1497 W., 1500 W., 1502 W., 1512 M., 1528 W., 1549 W., 1558 W., 1559 W., 1609 W., 1624 W., 1646 W., 1664 W., 1676 M., 1648 W., 1715 W., 1746 W., 1749 W., 1758 W., 1770 W., 1785 W., 1849 M., 1887 M., 1896 M., 1901 W., 1902 W., 1903 W., 1904 W., 1912 M., 1917 W., 1927 M., 1950 W., 1989 W., 2008 W., 2022 W., 2044 M., 2083 M., 2127 W., 2129 W., 2130 W., 2131 M., 2172 W., 2185 W., 2217 W., 2220 M., 2293 W., 2298 W., 2323 W., 2347 M., 2379 M., 2394 W., 2417 W., 2444 M., 2450 M., 2460 W., 2462 W., 2465 W., 2480 W., 2487 W., 2488 W., 2491 W., 2510 W., 2550 W., 2555 W., 2563 W., 2593 W., 2602 M., 2623 W., 2624 W., 2670 W., 2679 W., 2713 M., 2715 W., 2722 W., 2723 W., 2761 M., 2763 W., 2775 W., 2776 W., 2797 W., 2807 W., 2832 M., 2833 M., 2835 W., 2860 W., 2862 M., 2868 W., 2880 W., 2892 W., 2924 W., 2961 W., 3044 M., 3100 W., 3128 M., 3169 W., 3170 W., 3206 W., 3211 M., 3240 W., 3241 W., 3246 W., 3258 W., 3259 W., 3276 W., 3311 M., 3382 W., 3385 W., 3403 W., 3405 M., 3412 W., 3471 W., 3509 W., 3538 W., 3539 W., 3544 W., 3549 W., 3555 W., 3570 W., 3571 W., 3604 M., 3616 W., 3625 W., 3684 W., 3685 M., 3690 W., 3702 W., 3738 W.

In 34 Fällen handelte es sich um cystische Tumoren, in 175 Fällen um parenchymatöse Tumoren, in 3 Fällen bestand eine Kombination von cystischem und parenchymatösem Bau.

Drei Fälle wurden nicht operiert. In den übrigen 208 Fällen wurden die Operationen in Lokalanästhesie ausgeführt. In 16 Fällen wurde der Tumor enukleiert, in den übrigen die Resektion der Struma vorgenommen, darunter einmal nach de Quervain.

Substernale Entwicklung zeigten 13 Fälle.

Ein Todesfall ist nicht zu verzeichnen.

In drei Fällen handelte es sich um aberrierende Strumen.

Glykosurie bestand in zwei Fällen. Ein Fall wurde nach der Operation auf die medizinische Klinik verlegt.

Bei einer Struma cystica wurde nach der Cystektomie ein Stückchen Schilddrüsengewebe unter den rechten Sternocleido transplantiert, da der Patient Zeichen von Kretinismus bot. Reaktionslose Einheilung.

In 6 Fällen handelte es sich um Recidivstrumen. In einem Falle trat trotz Schonung der hinteren Schilddrüsenpartien am zweiten Tage nach der Operation Tetanie auf, die auf Darreichung von Parathyreoidintabletten und Calcium lacticum sich besserte. Bei der Entlassung war das Facialisphänomen noch auslösbar.

Tetanie trat auch noch in einem Falle von sehr großer parenchymatöser Struma am Tage nach der Operation auf. Hier verschwand die Tetanie nach Einnahme von Parathyreoidintabletten und Calcium lacticum.

Von postoperativen Komplikationen ist sonst noch zu erwähnen, daß eine schwere Pneumonie beobachtet wurde, die zur Heilung kam. 5 mal wurde eine diffuse Bronchitis beobachtet, die den Heilungsverlauf nicht störte.

In einem Fall von sehr großer Struma parenchymatosa wurde der Isthmus, der linke Lappen und der obere Teil des rechten Lappens entfernt. Durch häufiges Verschlucken trat eine Pneumonie auf. Da infolge des Verschluckens Patient zu wenig Nahrung bekam, wurde eine Gastrostomie vorgenommen. Darauf erholte sich Patient sehr rasch. Patient wurde am 25. Tage nach der Strumaoperation nach Hause entlassen. Die Magenfistel hatte sich bereits geschlossen.

Bei einer Riesenstruma war vor 10 Wochen die Resektion des rechten Lappens vorgenommen worden. Jetzt wurde die Resektion von 2 Drittel des restierenden linken Lappens angeschlossen. Glatte Heilung.

Einige Fälle waren mit anderen Erkrankungen kombiniert: Mastitis, Hernia femoralis, Hallux valgus, Lymphomata colli, Panaritium ossale der Großzehe bei Spina bifida occulta, Phthisis pulmonum.

2. Basedowstrumen: 36 Fälle: 4 M., 32 W., 3 †.

Nr. 155 W., 379 M., 511 W., 662 W., 679 W., 1226 W., 1364 W., 1416 W., 1457 W., 1546 W., 1644 W., 1663 W., 1703 W., 1777 W., 1812 M., 1833 W., 1947 M., 2142 W., 2202 W., 2292 W., 2315 W., 2331 W., 2332 W., 2364 W., 2373 W., 2398 W., 2425 W., 2643 W., 2812 W., 2847 M., 2999 W., 3072 W., 3245 W., 3487 W., 3517 W., 3607 W.

In 31 Fällen waren ausgesprochene Basedowsymptome vorhanden, in 5 Fällen handelte es sich um ganz leichte Fälle.

In 34 Fällen wurde die Resektion vorgenommen, in einem Falle die Unterbindung der beiden Arteria thyreoidea superior. Bei einem chlorotischen Mädchen mit Basedowsymptomen wurde nur die Schilddrüse freigelegt. Da eine Vergrößerung der Drüse nicht bestand, wurde die Wunde geschlossen.

34 mal wurde unter Lokalanästhesie, 1 mal unter Allgemeinnarkose operiert.

In einem Falle handelte es sich um ein Recidiv einer Basedowstruma. Vor 2 Jahren waren an anderen Orten in zwei Sitzungen die beiden Arteriae thyreoideae superiores unterbunden worden und in einer dritten Sitzung die Resektion der rechten Schilddrüse angeschlossen worden. Bei uns wurde jetzt eine Resektion der linken Hälfte vorgenommen. Pat. wurde wesentlich gebessert entlassen.

Ein Fall von sekundärem Basedow mit ausgesprochenen Diarrhöen kam zur Beobachtung. Siehe Kolb, Ueber Intestinalerscheinungen bei Basedowscher Krankheit und die Schwierigkeiten der Diagnose. Münch. med. Wochenschrift 1912, Nr. 49.

Drei Todesfälle hatten wir zu beklagen:

Nr. 155. 50 j. Kaufmannsfrau. Exitus am 8. Tage nach der Strumektomie an Embolie. Sektion verweigert.

Nr. 662. 19 j. Dienstmädchen. Seit ¼ Jahr Bleichsucht. Seit 8 Wochen Herzklopfen, zuerst beim Steigen, jetzt auch bei Ruhe. Vor 14 Tagen fieberhafte Halsentzündung. Bei dieser Gelegenheit wurde Diagnose auf Basedow gestellt. Pat. ist in letzter Zeit stark abgemagert. Befund: Abgemagertes, graziles Mädchen. Große Unruhe. Leichte Glanzaugen

ohne deutliches Vorstehen der Bulbi. Akkomodationsschwäche. Tremor ausgesprochen. Erhebliche Dilatatio cordis. Beide Schilddrüsenlappen mäßig stark vergrößert, glatt. Keine Drüsen. Puls 112. Temp. 37,2. Urin o. B. Operation: Resektion des r. Lappens des Isthmus und eines Teiles des l. Lappens. Rechts Rekurrensläsion. Verlauf: Schon am Abend sehr schlechter Zustand. Pat. verschluckt sich viel. Dauernd hohes Fieber, große Unruhe, hohe Pulsfrequenz. Trotz Excitantien, Venaesektion und Strophantininjektion Exitus am 4. Tage. Bei der Obduktion fand sich eine doppelseitige Aspirationspneumonie beider Unterlappen (schon in Erweichung begriffen!), Thymus 20 g schwer, r. Recurrens durchtrennt, Herz kräftig kontrahiert, ohne makroskopische Krankheitszeichen.

Nr. 2643. 20 j. Näherin. Vor 5 Wochen die ersten Erscheinungen: Herzklopfen, Atemnot bei Anstrengungen, leichte Erregbarkeit. Als Pat. merkte, daß der Hals dicker wurde, rieb sie Jodsalbe ein. Daraufhin wurden die Beschwerden stärker. Befund: Schwächliche Person. Sehr starke Thymusdämpfung. Puls 160; Spitzenstoß sehr stark und hebend, ohne nachweisbare Herzerweiterung. Große Rachenmandel. Weiche, stark pulsierende, schwirrende Struma. Tremor. Sämtliche Augensymptome des Basedow. Operation: Nach Unterbindung der beiden Art. thyreoideae superiores und der r. Inferior Resektion fast der ganzen Struma. Verlauf: Abends starke Pulsbeschleunigung (200), hochgradige Stauung im Gesicht. Unter den Erscheinungen eines akuten Lungenödems abends ½11 Exitus. Obduktion: Status nach fast totaler Exstirpation der Schilddrüse (stehengebliebener Rest 2,3 g). Retropharyngeales Hämatom von der Größe eines 5 Markstückes. Persistenz der Thymus 13: 6, Gewicht 75 g. Thymolymphatischer Status. Starke Schwellung der Mesenterialdrüsen, der Follikel des Ileums und der Milz. Kontraktion des Herzens. Stauungsorgane.

Anhang. Nr. 3092. Struma mit Stenosenerscheinungen und leichten myxödematösen Symptomen. Strumektomie. Thryeoidintabletten. Heilung.

Nr. 391. 20 j. Mädchen war vor 3 Jahren wegen einer Struma operiert worden, kommt jetzt in völlig verblödetem Zustand mit typischen Tetanieerscheinungen zu uns. Verlegung in die medizinische Klinik.

3. Struma maligna: 2 Fälle: 1 M., 1 W., 0 †.

Nr. 2072. 35 j. Steinhauer kommt wegen einer Struma mit leichten Basedowerscheinungen zu uns. Strumektomie. Histologisches Bild: Teilweise colloidhaltige Partien, zum größten Teil aber starke Profileration der Follikel stellenweise mit solider Zapfenbildung, selbst in die Kapsel eindringend. Röntgenbestrahlungen. Keine Besserung.

Nr. 3040. 57 j. Frau. Starke Struma besonders der l. Seite, sehr hart, fast maligne sich anfühlend. Starke Venenentwicklung. Totale Entfernung der Struma. Besonders starke substernale Entwicklung. Histologisch: Struma maligna carcinomatosa. Mit geheilter Wunde entlassen.

Anhang:

1. Strumitis. 4 Fälle: 1 M., 3 W., 0 †; Nr. 382 W., 2720 W., 3090 W., 3394 M. In einem Fall wurde Operation verweigert. In zwei Fällen trat nach Incision und Ablassung des Eiters Heilung ein. Folgender Fall (Nr. 2720) sei ausführlich mitgeteilt:

Bei einer 46 j. Frau bestehen seit 8 Tagen Atembeschwerden. Pat. kommt mit starker Dyspnoe in die Klinik. Befund: Sehr blaß, stark dyspnoische Frau. Schlechter Ernährungszustand. Puls flatternd, frequent. Am Halse fühlt man links über dem Jugulum eine

dem l. Schilddrüsenlappen entsprechende, sehr harte, glatte Geschwulst, die sich beim Schlukken nicht bewegt. Dämpfung über dem Manubrium sterni. Kehlkopf stark nach rechts verdrängt. Cervikaldrüsen etwas geschwollen. Herz nach links verbreitert; Töne leise, unrein. Klinische Diagnose: Struma substernalis maligna oder Strumitis. Operation: Kurz vor der Operation Collaps, der nur durch Sauerstoffzufuhr gehoben wird. Kragenschnitt. Durchtrennung beider Kopfnicker und der vorderen Halsmuskeln. Der l. Schilddrüsenlappen sitzt fest eingekeilt in der Thoraxapertur, ist sehr hart und mit der Umgebung überall verwachsen. Es ist fraglich, ob es sich um eine Entzündung oder einen Tumor handelt. Probeexcision aus der mit der Geschwulst verlöteten Muskulatur (histologisch; Polynukleäre Infiltration). Da ein Hervorholen des Tumors technisch nicht möglich ist, schreitet man zur Spaltung des Sternums. Dieselbe wird in der Art durchgeführt, daß zuerst die vordere Corticalis mit der Luer'schen Zange abgetragen wird; dann wird die Spongiosa mit dem scharfen Löffel weggekratzt und dann die hintere Corticalis mit der Rippenschere abgetragen. Sofortiges Klaffen und Erleichterung. Um dem Mediastinalemphysem vorzubeugen, werden feuchte Tupfer in den Spalt eingelegt, dann Schluß der Haut ohne Muskelnähte. Eine direkt sich anschließende, schwere Eiterung setzte ein. Der Zustand der Pat. wurde langsam besser, die Atembeschwerden gingen langsam zurück. Pat. konnte mit noch eiternder Wunde nach Hause entlassen werden (Demonstration der Pat. durch Dr. Krall im naturhistorisch-medizinischen Verein zu Heidelberg am 10. Dezember 1912).

2. Strumitis tuberculosa.

Nr. 2594 M. Punktion. Bestrahlung. Ambulante Behandlung.

3. Fadenfistel nach Strumaresektion vor ½ Jahr. Erweiterung der Fistel und Auskratzung derselben. Heilung (Nr. 2834 W.).

4. Cysten und sonstige Neubildungen: 6 Fälle: 2 M., 4 W., 0 †. Nr. 236 M., 360 W., 985 W., 3177 M., 3446 W., 3448/3596 W.

In zwei Fällen handelte es sich um mediane Halscysten, die von einem Rest des persistierenden Ductus thyreoglossus ausgegangen waren; im dritten Fall lag eine laterale Halscyste vor. In allen drei Fällen nach Exstirpation Heilung.

Zwei inoperable Fälle (Plattenepithelcarcinom am Halse, Sarcoma colli) wurden nach Probeexcision mit Röntgenstrahlen behandelt, ohne daß eine wesentliche Besserung eintrat.

Ein Fall von Hodgkin'scher Krankheit wurde mit Röntgenstrahlen, Bluttransfusion und Arsen (Dürkheimer Maxquelle) behandelt Die Drüsen gingen zurück; die Anämie der Pat. nahm zu. Pat. steht noch in ambulanter Behandlung.

E. Missbildungen.

(5 Fälle: 4 M., 1 W., 0 †.)

Caput obstipum: Nr. 1019 M., 1481 M., 2384 W., 3159 M., 3388 M. In sämtlichen Fällen wurde nach Durchschneidung bzw. Resektion des Musculus sternocleidomastoideus und nach orthopädischer Behandlung ein gutes Resultat erzielt. In einem Fall wurde in die Wundhöhle ein vom Vater

des Patienten entnommenes Fibrolipom frei transplantiert. Glatte Einheilung.

b) Brust und Rücken.

A. Verletzungen.

(35 Fälle: 32 M., 3 W., 3 †.)

Von Verletzungen kamen zur Beobachtung: 5 Stichverletzungen, 2 Schußverletzungen, 7 Rippenverletzungen, 10 Rippen- und Rückenkontusionen, 10 Verbrennungen.

1. Stichverletzungen: 5 Fälle: 5 M., 0 †. Nr. 796, 1108, 2048, 2203, 2954. In vier Fällen handelte es sich um Verletzungen der Thoraxwandung. Die Wunden heilten in allen diesen Fällen ohne Störung.

Nr. 2203. 19 j. Fabrikarbeiter wurde von Streikbrechern überfallen und gestochen. Stichverletzungen der l. Thoraxhälfte und Durchtrennung der 7. Rippe. Eröffnung der l. Pleurahöhle und Durchtrennung des Zwerchfells. Sofortige Thorakotomie. Zwerchfell- und Lungennaht. Heilung nach Ausheilung eines partiellen Empyems. (Demonstration im naturhistorisch-medizinischen Verein zu Heidelberg am 10. Dezember 1912 durch Dr. Krall.)

2. Schußverletzungen: 2 Fälle: 1 M., 1 W., 0 †.

Nr. 943. 36 j. Mann. Suicid. Kugel in der l. Mamillarlinie direkt unter der Haut zu fühlen. Entfernung des Geschosses unter Lokalanästhesie. Heilung.

Nr. 2502. 21 j. Dienstmädchen wurde von ihrem Liebhaber durch 2 Schüsse verwundet. Der eine Einschuß befand sich über dem l. Jochbogen, der Ausschuß an dem äußeren Gehörgang, außerdem Durchbohrung der Ohrmuschel. Der zweite geschwärzte Einschuß war über der r. Mamma in Höhe der 3. Rippe Neben dem Einschuß eine oberflächliche Brandwunde, da die Kleider vom Licht Feuer gefangen hatten. Kein Ausschuß. Keine deutliche Rippenfraktur. Erhebliche Schmerzdyspnoe. Kein Blutauswurf. Kein deutlicher Pneumothorax. Tetanusantitoxin. Heilung.

3. Rippenfrakturen: 7 Fälle: 7 M., 0 W., 0 †; Nr. 258 M., 278 M., 310 M., 1540 M., 2138 M., 3102 M., 3353 M.

In fünf Fällen bestanden frische Rippenfrakturen, die nach Bettruhe und Heftpflasterverband zur Heilung kamen. In zwei Fällen handelte es sich um Rippenfraktionen. In einem Fall war ein Hämatothorax aufgetreten. Das Blut resorbierte sich rasch. Bei einem anderen Fall bestanden außer der Fraktur der 10. rechten Rippe mit Hautemphysem noch folgende Verletzungen: Quetschwunde am Hinterkopf, Quetschwunde am rechten Vorderarm, großes Hämatom am Becken, starke Druckempfindlichkeit der linken Nierengegend, stark blutiger Urin. Am zweiten Tage war das Blut aus dem Urin verschwunden. Die Verletzungen heilten glatt aus.

4. Rückenkontusionen: 10 Fälle: 10 M., 0 †; Nr. 1292, 2050, 2343, 2440, 2598, 2666, 3001, 3009, 3187, 3444. In allen Fällen trat Heilung bzw. weitgehende Besserung ein.

5. Verbrennungen: 10 Fälle: 8 M., 2 W., 3 †; Nr. 457 M., 489 M., 676 M., 902 M., 1386 M., 1963 W., 2120 W., 2248 M., 2313 M., 2662 M.

In neun Fällen handelte es sich um frische Verbrennungen, die hauptsächlich den Rumpf betrafen. Ursache: Uebergießen von heißem Wasser und kochender Suppe, Anstecken nach Uebergießen der Kleider mit Petroleum. Einmal fing das Hemd eines Jungen an dem Herd, an dem er sich, da er fror, gestellt hatte, Feuer und verbrannte den ganzen Rücken. Meist waren es Verbrennungen dritten Grades. In drei Fällen waren die Verbrennungen so stark ausgedehnt, daß bereits nach einigen Stunden der Tod eintrat.

In einem Fall lag eine Kontraktur nach Verbrennung dritten Grades an Hals und Brust vor. Fast der ganze vordere Teil des Halses und ein Teil der Brust ist von celoidartig verdickten Narben eingenommen. Dadurch ist der Kopf nach vorne auf die Brust gezogen. Die Kontraktur ist so stark, daß zum Aufrichten des Kopfes der Mund aufgemacht werden muß. Durch plastische Operation wurde ein sehr gutes Resultat erzielt.

6. Varia:

Nr. 2079. Bei einer Probepunktion der r. Pleurahöhle war die Spitze der Punktionsnadel abgebrochen. Die Spitze wurde nicht entfernt, da sie nach ihrer Lage unschädlich ist.

B. Entzündungen.

(35 Fälle: 18 M., 17 W., 1 †.)

1. Akute Entzündungen: 12 Fälle: 6 M., 6 W., 0 †. Nr. 371 W., 1105 M., 2275 M., 2716 W., 2939 W., 3252 W., 3279 M., 3302 M., 3393 M., 3416 W., 3437 W., 3526 M.

6 Fälle von Achseldrüsenabscessen, 5 Fälle von Rückenabscessen und 1 Fall von Brustwandphlegmone heilten nach Incision und Drainage.

2. Chronische Entzündungen: 23 Fälle: 12 M., 11 W., 1 †.

a) Tuberkulose.

aa) Tuberkulöse Drüsen fanden sich bei 1819 W. über der linken Scapula. Punktion. Bestrahlung.

bb) Rippencaries: 13 Fälle: 6 M., 7 W., 0 †; Nr. 361 W., 429 W., 783 M., 823 M., 912 W., 977 M., 1307 W., 1685 M., 1767 W., 2182/2482 W., 2907 W., 2907 W., 2904 M., 3452 M.

Sechs kalte Abscesse wurden punktiert. Fisteln wurden exkochleiert. Röntgenbestrahlungen und Sonnenbestrahlungen, Tuberkulinkur.

cc) Sternalcaries: 3 Fälle: 3 M., 0 W., 0 †. Nr. 1202 M., 1923 M., 3700 M. Zwei Fälle von Sternalcaries wurden mit Röntgenbestrahlungen behandelt. Bei dem dritten Fall bestand noch gleichzeitig eine Rippencaries. Auch in diesem Falle wurde nach Punktion eines kalten Abscesses Röntgenbestrahlungen vorgenommen, die ambulant fortgesetzt wurden.

dd) Multiple Tuberkulosen: 5 Fälle: 2 M., 3 W., 1 †.

Nr. 756. M. Multiple Weichteiltuberkulose. Phthisis pulmonum et laryngis. Röntgenbestrahlung.

Nr. 1613 W. Rippencaries mit ausgedehnten Fisteln. Phthisis pulmonum. Exitus.

Nr. 2333 W. Rippen- und Sternalcaries. Spina ventosa. Fistel am Amputationsstumpf. Ellenbogentuberkulose. Therapie: Amputatio digiti. Jodoformglycerininjektionen. Röntgenbestrahlungen. Höhensonne. Einweisung ins Sanatorium Rappenau.

Nr. 2389 W. Rippencaries. Phthisis pulmonum. Absceßpunktion. Bestrahlung.

Nr. 2956 M. Kalter Rippenabsceß. Tuberkulöses Ulcus am Vorderarm. Absceßpunktion. Röntgenbestrahlungen.

b) Chronische Osteomyelitis costae.

Nr. 286 M. Incision und Drainage. Ambulante Weiterbehandlung.

C. Erkrankungen des Herzens, der Pleura und der Lunge.

(50 Fälle: 36 M., 14 W., 4 †.)

a) Erkrankungen des Herzens: 2 Fälle: 1 M., 1 W., 0 †.

Nr. 1606. Ein 41 j. Mann wurde wegen einer eitrigen Pericarditis zu uns verlegt. Die Probepunktion des Herzbeutels ergab trübgelbliche Flüssigkeit, die kulturell keine Bakterien enthielt. Das Röntgenbild ergab den für einen Erguß des Herzbeutels typischen Herzschatten. Incision und Drainage des Herzbeutels nach Unterbindung der Mammaria interna. Pat. wurde mit kleiner, oberflächlich granulierender Wunde in die medizinische Klinik zurückverlegt. Dort ist Pat. nach 1½ Monaten gestorben. Die Sektion ergab, daß es sich um Tuberkulose handelte.

Nr. 3242 W. Herzinsufficienz mit allgemeinem Hydrops. Verlegung auf die medizinische Klinik.

b) Erkrankungen der Pleura: 19 Fälle: 14 M., 5 W., 1 †.

Es kamen zur Beobachtung:

1. Zwei Fälle von tuberkulösem Pyopneumothorax (Nr. 1513 M., 168 M). Im einem Falle wurde durch Punktion im ganzen 350 ccm gelblicher, schaumiger, steriler Flüssigkeit entleert. Patient wurde auf die medizinische Klinik zurückverlegt. Im zweiten Fall wurde eine Rippenresektion mit nachfolgender Eröffnung der Pleurahöhle vorgenommen. Pat. wurde in gutem Allgemeinzustand in hausärztliche Behandlung entlassen.

2. Dreizehn Fälle von postpneumonischen Empyemen. (10 M., 3 W., 0 †; Nr. 262 M., 368 M., 481 M., 972 M., 976 M., 1101 M., 1103 W., 2176 M., 2359 M., 2392 M., 2994 W., 3095 M., 3665 W.)

In elf Fällen wurde eine Rippenresektion vorgenommen. Drei von diese Fällen wurden völlig geheilt entlassen, die übrigen acht hatten noch kleine Fisteln, als sie in hausärztliche Behandlung entlassen wurden.

Bei einem sehr elenden 65 jährigen Mann entschloß man sich nur zur Punktion. Dieselbe mußte mehrfach vorgenommen werden. Patient wurde in gebessertem Zustand nach Hause entlassen.

Bei einem 4 jährigen Mädchen mit Empyem war bei der Punktion außerhalb der Klinik die Punktionnadel abgebrochen. Bei der Rippen-

resektion wurde an Hand der Röntgenaufnahme die abgebrochene Nadelspitze aufgesucht und entfernt.

3. Vier Fälle von Empyemfistel: 2 M., 2 W., 1 †; Nr. 579 W., 835 M., 1995 M., 2809 W.

Im einen Fall handelte es sich um eine Fistel, die nach Punktion des Pleuraraums aufgetreten war. Nach Incision und Exkochleation des Fistelganges Heilung.

In zwei Fällen trat nach Resektion der bei der Empyemoperation bereits resecierten Rippe Heilung ein.

In einem Fall wurde eine Thorakoplastik vorgenommen. Patient ging an Sepsis zugrunde. Es handelt sich um folgendes:

Nr. 835. Ein 25 j. Kaufmann hatte vor 2 Jahren eine doppelseitige Pneumonie mit daran anschließendem doppelseitigem Empyem. In Paris wurde er mit Rippenresektion und Drainage der Pleurahöhle, beiderseits ausgeführt, behandelt. Links erfolgte glatte Heilung, rechts blieb eine Fistel zurück, die auch nach einer Thorakoplastik nicht ausheilte. Im Auswurf waren stets Kokken, nie Tuberkelbacillen gefunden worden. Befund: Mittlerer Ernährungszustand. Langer, schmaler Thorax. Links entsprechend der 8. Rippe in der hinteren Axillarlinie alte reizlose Narbe. Rechts große, bogenförmige Narbe, entsprechend der alten Thorakoplastik unterhalb der Achselhöhle nach unten konvex. In derselben eine Fistelöffnung, mit einem fingerdicken Drain offen gehalten. Von der Fistelöffnung kommt man mit einer Sonde nach vorne und oben etwa 15—18 cm weit. Sekretion mäßig, von fadem Geruch. Das Röntgenbild zeigt, daß Stücke aus der 5.—9. Rippe in den seitlichen Partien fehlen. Durch die Fistel war ein mit Magnesitaufschwemmung gefülltes Gummirohr eingeführt, welches entsprechend der 3.—4. Rippe vorne zusammengeschoben liegt. Operation am 9. III.: Lokalanästhesie der 1.—9. Rippe hinten neben der Scapula. Schnitt vorne über die Höhle etwa 3 Finger breit neben dem Sternum, beginnend an der 2. Rippe, ca. 10 cm lang; unten dazu senkrechter Schnitt nach hinten bis zur Fistel. Durchtrennung der unteren Partie des Musculus pectoralis major. Es findet sich hier eine handtellergroße Höhle, der entsprechend je etwa 6 cm der 2.—4. und die vorderen Stümpfe der 5. und 6. Rippe entfernt werden. Nach Umstechung der Art. intercostales wird nun die schwartige Wand eingeschnitten, so daß die Höhle sich zusammenlegen kann. Drain und Streifen in die Höhle. Hautnaht. Verlauf: Es trat sofort nach der Operation hohes Fieber ein. Die Wunde wurde zum Teil geöffnet und ging dann fast ganz auf. Massenhafte Eitersekretion. Es wurde jetzt eine Lungenfistel wieder deutlich, die vor einem Jahr nach einer Auskratzung in Paris entstanden war. Beim Sprechen ständig pfeifendes Geräusch. Der Appetit hielt sich auffallend gut und das Allgemeinbefinden ging nur langsam zurück. Aber durch kein Mittel war die Temperatur herunterzubringen (Spülungen, Perubalsam, feuchte Umschläge, Cycloform, Antistreptokokkenserum). Auf das Serum wurden zwar die Temperaturen niedriger, aber nicht normal. Es waren mehrfach kleine Blutungen aus arrodierten Gefäßstümpfen aufgetreten, aber nie eine sehr große. Am 30. IV. aber kam eine Blutung aus dem Stumpf einer Intercostalarterie, die den Pat. sehr schnell schwer schädigte. Er verfiel zusehends. Exitus am 2. V. Sektion verweigert.

c) Erkrankungen der Lunge: 29 Fälle: 21 M., 8 W., 3 †.

Fünf Fälle wurden konservativ behandelt, bzw. auf die medizinische Klinik verlegt:

Nr. 325 M. Pneumonie des r. Oberlappens mit gangränösem Herd. Langsame spontane Ausheilung.

Nr. 982 M. Bronchitis, Bronchopneumonie. Exitus. Obduktion: Bronchopneumonie.

Nr. 1539 M. Pneumonie.

Nr. 1648 M. Chronische Bronchitis. Exspektorantien.

Nr. 1996 M. Lungentuberkulose. Thrombose des r. Armes.

Nr. 1745. 5 j. Mädchen wurde mit Temp. 39,5 und Puls 130 eingeliefert. Auskultatorisch war r. h. u. etwas rauhes Atmen und leichte Schallveränderung. Das Abdomen war etwas aufgetrieben und auf Druck etwas schmerzhaft. Da die Möglichkeit einer allgemeinen Peritonitis vorlag, entschloß man sich zu einer Probeexcision, die im Abdomen normale Verhältnisse ergab. In den folgenden Tagen Resektion der 7. Rippe. Eröffnung der Pleura. Lunge nicht überall adhärent. Deshalb prophylaktische Tamponade mit Jodoformgaze, um Verwachsungen zu erzeugen. Man hat gerade die Stelle, wo der Absceß in etwa 1,5 cm Tiefe sitzt, erreicht.

Am folgenden Morgen wieder blutiger Auswurf. Hohes Fieber, Puls 120. Am Abend Durchbruch des Abscesses in den Bronchus, daraufhin subjektive Besserung.

2. Operation am 14. VI.: Thorakotomie, Ligatur des Unterlappenastes der r. Art. pulmonalis. Thorakotomie im 6. ICR mit sekundärer Resektion der 6. Rippe. Reichlich seröses Exsudat im Pleuraraum. Lunge mit Fibrin belegt, am Diaphragma adhärent. Grenze zwischen Mittel- und Unterlappen verklebt. Stumpfes Vordringen zwischen Mittel- und Unterlappen, was leicht gelingt. Schwieriger ist die Orientierung am Hilus wegen der starken Pulsation der Vorhöfe. Die Pulmonalis ist nicht an der Pulsation zu erkennen. Orientierung nach dem harten Bronchus. Umgehung der seitlich davon liegenden Hiluspartien mit 2 Catgutfäden. Schluß der Thorakotomiewunde durch Pleura-, Muskel- und Pericostalnaht. Vollständiger Schluß der Hautnaht. Darnach Eröffnung des ca. ¼ Liter Wasser enthaltenden Lungenabscesses an der vor 3 Tagen freigelegten Stelle. Es zeigte sich, daß noch mehrere kleinere Abscesse neben dem großen bestanden, die allmählich in den großen sich entleerten. Einlegen eines dicken Drainrohrs, das mit Jodoformgaze abgedichtet wird.

Pat. übersteht die Operation sehr gut. Die Eiterung läßt langsam nach. Bei der Entlassung am 3. VIII. besteht noch eine bleistiftdicke Fistel, aus der täglich noch ca. ½ Eßlöffel eitrigen Schleimes ausfließt. Sonst Wohlbefinden. Erhebliche Körpergewichtszunahme.

Vier Fälle von Lungengangrän kamen zur Behandlung. Zwei Patienten gingen an Sepsis zugrunde.

Nr. 240. 38 j. Bahnarbeiter. 1901 Lungen- und Brustfellentzündung links. Seither Husten und Auswurf. Seit 2 Jahren Verschlimmerung des Hustens. Der Auswurf wurde in der letzten Zeit fötid, der Husten quälend. Rippenresektion der linken 7.—9. Rippe. Pneumonotomie. Mehrere Punktionen der Lunge haben keinen Erfolg. In der Folge tritt eine starke Eiterung der Lunge ein. Schlechte Exspektoration. Am 11. Tage Exitus an Sepsis.

Nr. 2839. Ein 49 j. Kutscher verschluckte ein Knochenstückchen. Nach Verlauf von etwa 3 Wochen stellten sich Husten und eine große Menge Auswurf von stark fötidem Geruch ein. Röntgenologisch waren im Bereich des r. Oberlappen ein etwa 2 cm starker Schatten zu finden, der den Fremdkörper darstellen dürfte. Bronchoskopisch fand sich oberhalb des Abgangs des r. Bronchus eine flache Vorwölbung der Wand. Ein Fremdkörper konnte nicht gefühlt werden. Nach einigen Tagen fand sich der an der Vorwölbung der Bronchuswand bestehende Absceß als durchgebrochen vor. Der r. Oberlappen zeigte geringe Dämpfung

Wegen der fötiden, großen Sputummengen entschloß man sich zum operativen Vorgehen. Bei der Operation ging man rechts vom Manubrium sterni ein, resecierte die 2. und 3. Rippe in einer Ausdehnung von etwa 10 cm. Da die Lunge mit der Pleura nicht verwachsen war, vernähte man die Lunge mit der Pleura. Nach ein paar Tagen floß Eiter aus der Operationswunde aus. Als man zur Eröffnung des Eiterherdes in der Lunge schritt, zeigte sich, daß die Eiterhöhle bereits kollabiert war. Pat. erholte sich auffallend rasch und konnte bald mit kleiner, granulierender Wunde entlassen werden. Der Auswurf war ganz mäßig und nicht mehr fötid.

Nr. 2975 M. Lungengangränöser Herd im rechten unteren Lungenlappen. Rippenresektion. Punktion, Drainage, Heilung.

Nr. 3094. 55 j. Mann. Lungengangrän im r. unteren Lungenlappen. Bei der ersten Operation wird ein Rippenfenster gemacht und die Pleura costalis mit der Pleura pulmonalis vernäht. Die Operation wird gut überstanden. Durch die zweite Operation, 4 Tage später, wird der Lungenherd eröffnet und drainiert. Unter den Erscheinungen der Entkräftung und einer chronischen Sepsis kommt Pat. zum Exitus.

Die Thorakoplastik nach Wilms bei Lungentuberkulose.

(18 Fälle: 10 M., 8 W., 0 †.)

Dem Literaturverzeichnis des letzten Jahresberichts ist noch nachzutragen:

1. Wilms, Die Pfeilerresektion der Rippen zur Verengerung des Thorax bei Lungentuberkulose. Therapie der Gegenwart 1913, 1. Heft.
2. Wilms, Vortrag auf dem mittelrheinischen Chirurgentag am II. 1913. Zentralblatt für Chirurgie, 1913, p. 557.
3. Wilms, Welche Formen der thorakoplastischen Pfeilerresektion sind je nach Ausdehnung und Schwere der Lungenerkrankung zu empfehlen? Münchener medizinische Wochenschrift, 1913, p. 449.

Folgende Fälle kamen zur Behandlung:

Nr. 385. Pat., seit 7 Jahren lungenkrank. 1911 mißlang in Davos die Anlegung eines Pneumothorax. 3 Monate später Thorakoplastik nach Friedrich. Nach dem Eingriff trat hohes Fieber auf, die Wunde eiterte stark, und es stießen sich eine Reihe von Catgutfäden ab. Pat. erholte sich langsam. Der vorher sehr reichliche Auswurf wurde erheblich weniger. Seit einigen Wochen ist er wieder im Steigen und jetzt etwa 50 ccm pro Tag. Pat. wird jetzt zu uns geschickt, um die Lunge über der l. Spitze zu komprimieren.

Befund: Gutes Allgemeinbefinden. Die l. Thoraxseite ist stark deformiert infolge der früheren Operation. Immer noch 2 Fisteln mit geringer Sekretion in der Narbe. Ueber der durch die Thorakoplastik eingesunkenen Stelle ist die Brustwand nicht fest und wölbt sich beim Husten vor. Pat. trägt über dieser Stelle eine breite Pelotte. Das Röntgenbild zeigt, wie weit die 3.—8. Rippe entfernt wurde, und wie sie zum Teil durch dünne Knochenspannen ergänzt wurden. Entsprechend der 2. und 3. Rippe hinten links findet sich in verdichtetem Lungengewebe noch immer eine anscheinend glattwandige Kaverne. In der r. Lunge am Hilus streifige Verdichtungen, sonst besonders die Spitze gesund.

Diagnose: Chronische Tuberkulose der l. Lunge. Kaverne in der Spitze nach früherer Thorakoplastik nach Friedrich.

Operation: Es wird in lokaler Anästhesie in 2 Sitzungen die l. Spitze zum Einsinken

gebracht dadurch, daß hinten Stücke aus der 1. und 2., ferner Stücke aus den früher bereits angegangenen 3. und 4. Rippen, die zum Teil wieder gebildet sind, entfernt wurden, während vorne die Knorpel der 1.—4. Rippe weggenommen wurden.

Verlauf: Heilung per primam. Es ist jetzt nach dem Röntgenbild auch die Spitze stark eingesunken. Die Kaverne ist noch zu sehen, sie ist aber erheblich kleiner. Der Auswurf ist geringer geworden, von 50 ccm ging er auf 8—10 ccm herunter. Das Allgemeinbefinden ist gut. Im Auswurf sind noch Tuberkelbacillen vorhanden.

Nr. 484. Der 43 j. Mann erkrankte 1908 an Lungentuberkulose, war 18 Monate in Davos, wo zuerst Tuberkelbacillen nachgewiesen wurden. Der Auswurf, zunächst gering, ist in den letzten 2½ Jahren sehr reichlich geworden. Im Juli 1911 wurde auf der l. Seite ein Pneumothorax angelegt. Sputum darnach geringer, solang der Pneumothorax bestand. Dezember 1911 bekam Pat. hohes Fieber. Im Januar 1912 mißlang der Versuch, einen neuen Pneumothorax anzulegen.

Befund: Schlechter Ernährungszustand. Viel Husten und Auswurf (pro die 150 bis 160 ccm). Thorax sehr lang und schmal. L. Seite bleibt bei der Atmung deutlich gegen die rechte zurück. Alte reizlose Narbe links seitlich vom Pneumothorax herrührend. Ausgedehnte Dämpfung über der ganzen l. Seite bis weit in den Unterlappen. Viel klingende groß- und kleinblasige Rhonchi. Das Röntgenbild zeigt deutlich die Retraktion der l. Lunge. Verdichtung des größten Teils der l. Lunge besonders stark in der Nähe des Hilus. In der Nähe des Hilus und auch etwas oberhalb desselben mehrere deutliche Kavernen. Rechts vom Hilus ausgehende streifige Verdichtungen, sonst frei.

Diagnose: Linksseitige Phthise.

Operation: In lokaler Anästhesie in 2 Sitzungen (27. II. und 8. III.) Thorakoplastik nach Wilms in gewohnter Weise. Es werden hinten Stücke aus den 7 obersten Rippen, vorne die 5 obersten Rippenknorpel entfernt.

Verlauf: Der Pat. hatte die erste Operation recht gut überstanden, und deshalb wurde die zweite bald angeschlossen. Darnach aber blieb der erwartete Fortschritt aus. Die Sputummengen gingen nicht recht herunter, und der Ernährungszustand besserte sich nicht. Am 12. IV. Perforation der alten Pneumothoraxnarbe, nachdem schon seit einer Woche eine fluktuierende Vorwölbung an dieser Stelle sich entwickelt hatte. Die Sekretion der Wunde war stellenweise sehr bedeutend und damit ging die Menge des Sputums herunter. Hohe Auswurfmengen bei geringer Wundsekretion. Von vorne herein ging mit dem Eiter Luft aus der Wunde. Die r. Lunge ist dauernd in gutem Zustand, während die l. Seite sehr stark eingesunken ist. Im November 1912 erweist sich auch die r. Spitze im Röntgenbild als verdächtig. Der Appetit ist dauernd sehr schlecht. Der Ernährungszustand ging, wenn auch nur sehr langsam, dauernd zurück. Pat. ist 1913 gestorben.

Nr. 690. 32 j. Landwirt ist seit 13 Jahren lungenkrank. 1911 traten plötzlich schwere Hämoptysen auf. Pneumothorax mißlang wegen Verwachsungen. Wegen der in letzter Zeit auftretenden geringen Blutungen kommt Pat. jetzt zur Thorakoplastik, die ihm schon vor einem Jahre angeraten wurde.

Befund: Es besteht eine Infiltration des r. Oberlappens. Der r. Mittel- und Unterlappen sind wenig afficiert. Die l. Spitze ist nur wenig erkrankt. Im Auswurf mäßig Tuberkelbacillen mit elastischen Fasern. Urin o. B. Allgemeinbefinden befriedigend. Temperatur normal. Das Röntgenbild ergibt Verdichtungen der r. Spitze, darin eine deutliche Kaverne, die sich hinten auf den 5., vorne auf den 2. Intercostalraum projiciert. Außerdem in beiden Lungen vom Hilus ausgehende streifige Verdichtungen.

Diagnose: Chronische Tuberkulose des r. Oberlappens.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms in 2 Sitzungen (27. II. und 9. III.) unter lokaler Anästhesie. Es werden hinten Stücke aus den obersten 7 Rippen entfernt, vorne die Knorpel der obersten 5 Rippen.

Verlauf: Wundheilung ohne jede Störung. Das Allgemeinbefinden ist bei der Entlassung (31. III.) gut, doch klagt Pat. immer über Schmerzen in der r. Schulter, namentlich beim Versuch, den Arm zu heben. Auswurf ist überhaupt nicht mehr vorhanden.

Nr. 764. 32 j. Fräulein. Tuberkulose in der Familie. Seit 1903 an den Lungen erkrankt. Kuren in Davos, Schömberg und an der Nordsee mit wechselndem Erfolg. Jetzt immer Fieber bis 38,0. Sputummenge ca. 120—150 ccm. Häufig Erbrechen.

Befund: Guter Ernährungszustand. Leichte Cyanose. Trommelschlägerfinger. Atmung 24 in der Minute beim Sitzen. Puls 88. Ausgesprochene Retraktion der l. Seite, die beim Atmen stark zurückbleibt. Starke Dämpfung über der ganzen l. Lunge. Die Herzdämpfung geht in die Dämpfung über. Unter der Clavicula bis zur Herzdämpfung deutlich tympanitischen Bleiklang. Ueber der Spitze hinten Dämpfung bis zur Mitte der Scapula. Exquisite Tympanie und Schallwechsel auf der Höhe des 6. Brustwirbels. Von da nach abwärts bretterharte Dämpfung. Respiratorische Verschiebung fehlt links, rechts deutlich. Links vorne vesikuläres Atmen mit durchklingendem großblasigen klingenden Rasseln. Links hinten über der Spitze amphorisches, bronchiales Atmen mit groben klingenden Rasselgeräuschen, weiter unten bronchiales Atmen nach unten immer leiser, mehr unbestimmt als bronchial. Rechts überall vesikuläres Atmen. Exspirium nicht verschärft. Rechts vorne im 2. Intercostalraum reichlich klein- und mittelblasiges Rasseln. Sputum enthält massenhaft Tuberkelbacillen.

Diagnose: Linksseitige Phthise.

Operation 5. III.: In lokaler Anästhesie Resektion von Stückchen aus der 2. bis 7. Rippe hinten links neben der Wirbelsäule. 1. Rippe wurde vergessen. 29. VII.: Verstärkung des operativen Erfolgs durch nachträgliche Resektion der 8. Rippe und durch Wegnahme eines weiteren Stückes der 6. und 7. Rippe.

Verlauf: Wundheilung ungestört. In den letzten Tagen vor der Entlassung ist das Befinden wieder weniger befriedigend. Die Temperaturen sind etwas höher und die Sputummengen größer.

Nr. 833. 38 j. Eisendreher. Eltern an Lungentuberkulose gestorben. Seit seinem 16. Lebensjahr lungenkrank. Pat. war verschiedentlich in Heilstätten. Die Anlegung eines Pneumothorax soll wegen Verwachsungen mißlungen sein. Es handelte sich um eine linksseitige chronische Lungentuberkulose des Oberlappens.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. Resektion von Stückchen aus der 1.—7. Rippe neben der Wirbelsäule.

Verlauf: Wundheilung normal. Der Auswurf, der vor der Operation pro Tag 115 ccm betrug, ging auf 90 ccm herab, enthielt bei der Entlassung Tuberkelbacillen. Allgemeinbefinden gut.

Nr. 1205. 35 j. Dienstmädchen. Tuberkulose in der Familie. Im Juli 1908 an Lungenblutungen erkrankt, war dann in einer Heilstätte. Pat. wird, da der Lungenprozeß, der den r. Oberlappen einnimmt, langsam weiterschreitet, zur Thorakoplastik eingewiesen. Es liegt eine chronische rechtsseitige Oberlappentuberkulose vor. Auch der r. Unterlappen ist nicht ganz frei.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms in 2 Sitzungen (23. IV. und 7. VI.), rechts hinten die oberen 7 Rippen und vorne die Knorpel der 5 ersten Rippen.

Verlauf: Wundheilung ohne jede Störung. Allgemeinbefinden gut. Bei der Ent-

lassung Auswurf etwas weniger, kein Fieber. Befund im April 1913: Leidliches Allgemeinbefinden. Lungenprozeß ist konstant geblieben.

Nr. 1334. 36 j. Kaufmann. Tuberkulose in der Familie. Mit 20 Jahren erkrankte Pat. im Anschluß an eine Erkältung mit Husten, war dann ein Jahr im Schwarzwald zur Erholung, erholte sich in diesem Jahre sehr gut. Als Husten und Auswurf wieder stärker wurden, ging Pat. vor 3/4 Jahren nach Davos. Nach dreimonatlichem Aufenthalt kam Pat. zurück; die Besserung hielt aber nicht lang an. Von der medizinischen Klinik wurde uns Pat. zur Operation zugewiesen.

Befund: Mittelgroßer Mann von gutem Aussehen und gutem Ernährungszustand. Stimme heißer. Auf dem r. Stimmband knötchenförmige Infiltration. Doppelseitige, kleine Struma. Sputummenge pro Tag 200—250 ccm. Thorax mäßig gewölbt, die l. Hälfte flacher, schleppt bei der Atmung nach. Lungenränder rechts gut, links vorne kaum, links hinten gar nicht verschieblich. Grenzen: hinten unten rechts 10. Rippe, hinten unten links nicht begrenzbar, vornen unten rechts 6. Rippe unterer Rand, vornen unten links 4. Rippe oberer Rand. Links vorne Schallverkürzung gegen rechts und vereinzelte diffuse Rasselgeräusche, manchmal Reiben. Links hinten überall deutliche Dämpfung, unten resistenter, oben mit tympanitischem Beiklang. Links hinten oben klein-, mittelblasige Ronchi, verschärftes Exspirium. Links hinten unten abgeschwächtes Atmen und Pleurareiben. Zwischen beiden Gegenden Zone mit Atemgeräusch von bronchialem Charakter. Links überall Rasselgeräusche. Rechts normaler Lungenschall und seltenes Pleurareiben, verschärftes Vesikuläratmen. Lungendurchleuchtung: L. Lungenfeld fast in ganzer Ausdehnung vollkommen verdunkelt. Nur in den obersten Partien ist es noch etwas durchlässig. Nach unten nimmt die Verdunkelung zu bis zur völligen Undurchlässigkeit. Das r. Lungenfeld zeigt um den Hilus herum einige Verdunkelungen, ebenso ist das Spitzenfeld getrübt. Die Organe des Mediastinums sind nicht nach rechts verdrängt. Zwerchfellbewegung ist rechts normal, links sieht man nur die obere Begrenzung der Magenblase, die respiratorisch unbeweglich bleibt.

Diagnose: Tuberculosis pulmonis sin. Pleuritis adhäsiva. Affectio apicis dextr.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. Resektion der 4.—9. Rippe in 4 cm Ausdehnung links hinten.

Verlauf: Der Eingriff wurde sehr gut ausgehalten. Wenige Tage Temperatursteigerungen. Der Puls ist die ersten 2 Wochen deutlicher erhöht. Der Auswurf geht schon nach 5 Tagen zurück. Seine Menge sinkt nach 10 Tagen auf 50 ccm und beträgt bei der Entlassung am 25. Tage 20—30 ccm. Der Husten ist wesentlich geringer. Pat. wurde wesentlich gebessert entlassen. Die vordere Thorakoplastik wurde später in Davos ausgeführt. April 1913 Befinden gut.

Nr. 1420/1971. 24 j. Fabrikant, seit 1908 krank. Pat. war in verschiedenen Heilstätten und wird uns von Davos zugeschickt. Die r. Lunge soll entschieden besser geworden sein, das Infiltrat hat sich aufgehellt, die einzelnen Herde sind nicht mehr abgegrenzt und kalkhaltig geworden. Dagegen machte die Einschmelzung links ganz enorme Fortschritte und wuchs sich zu einer großen, den oberen Teil der Oberlappen vollständig einnehmenden Kaverne aus.

Operation: Am 9. V. werden in lokaler Anästhesie links hinten Stückchen aus den 7 obersten Rippen entfernt. Wundheilung glatt. Sputum anfangs weniger, hat in der letzten Zeit wieder zugenommen. Am 25. VII. wurden die Knorpel der 5 obersten Rippen links vorne neben dem Sternum entfernt. Glatte Heilung. Die l. Seite ist schon äußerlich stark eingefallen. Auf dem Röntgenbild ist die Kaverne zu sehen, sie ist kleiner geworden. Sputum-

menge hat etwas abgenommen. In Davos noch mit Kaverneneröffnung behandelt, da das Befinden wieder schlechter geworden. April 1913 Befinden befriedigend.

Nr. 1508. 28 j. Krankenschwester. Mutter an Phthise gestorben. Pat. ist seit 3 Jahren lungenleidend. 1911 wurde ein künstlicher Pneumothorax angelegt, der 12 mal nachgefüllt wurde. Durch den Pneumothorax soll Husten und Auswurf wochenlang weggeblieben sein. Nachweis der Tuberkelbacillen im Sputum gelang. Pat. wird vom Arzt zur Thorakoplastik zugesandt.

Befund: Mittelgroße Person in ziemlich gutem Ernährungszustand. Temp. nicht erhöht. Puls 80, regelmäßig. Thorax: Die l. Brustseite schleppt bei der Atmung deutlich nach. Perkussion: R. Lunge überall sonoren Schall. L. Lunge zeigt über der Spitze etwas tympanitischen Schall, der hinten bis fast zur Scapularspitze herabreicht (Pneumothorax). Ein Finger breit oberhalb des Scapularwinkels beginnt eine harte Dämpfung. Die Grenze ist nicht verschieblich. Die Dämpfung steht vorne in gleicher Höhe, so daß die l. Herzgrenze nicht festzulegen ist. Auskultation: Ueber der r. Spitze einige kleinbasige Rasselgeräusche bei vesikulärem Atmen. Links über der Spitze kaum Atemgeräusch. Im Bereich der Dämpfung verschärftes Atemgeräusch, zum Teil von bronchialem Charakter. Zahlreiche mittelblasige etwas klingende Geräusche. Beim Atmen hört man Rasselgeräusche auch durch den Mund. Auswurf ca. 40 ccm, enthält Tuberkelbacillen.

Diagnose: Linksseitige kavernöse Phthise mit Pleuritis adhäsiva.

Operation: Hinten links werden in guter Lokalanästhesie von den 7 obersten Rippen Stückchen reseciert.

Verlauf: 4 Tage starke Schmerzen, dann Besserung. Auswurf sinkt von 50 auf 30—20 ccm. 3 cm Umfangsdifferenz zwischen rechts und links. In der zweiten Woche starke Neuralgien, die bald verschwanden. Nach 5 Wochen werden noch zwei weitere Rippen (8. und 9.) in 10—12 cm Ausdehnung reseciert zur Verstärkung des Effektes, da noch viele Rasselgeräusche vorhanden waren. Darnach wesentlich weniger Husten. Gewichtszunahme von 13 Pfund. Auswurf geht schnell auf wenige Sputa zurück. Befinden April 1913 sehr gut.

Nr. 1582. 27 j. Witwe. Mit 15 Jahren Spitzenkatarrh nach Influenza. Vor 3 Jahren erste Pleuritis. Seither stets große Menge Auswurf. Seit September 1911 in Davos. Dort etwas Besserung. Stets hohe Temperaturen. 7 Pfund Gewichtszunahme.

Befund: Mäßig gut genährte Pat. Pulmo: L. Seite bleibt deutlich bei der Atmung zurück. Die ganze l. Seite ist gedämpft, bis zur Spina scapulae mäßig, von da an abwärts harte Dämpfung. Ueber der Spitze verschärftes Atmen und klein- bis mittelblasiges Rasseln. Von der Spina abwärts Atemgeräusch z. T. amphorisch, z. T. bronchial, feuchte, mittel- und großblasige Rasselgeräusche. Stimmfremitus jedoch abgeschwächt. Rechts hinten unten einige klein- bis mittelblasige, feuchte Rasselgeräusche. Grenzen gut verschieblich. R. Spitze etwas verschärftes Atmen, selten kleinblasiges Rasseln.

Diagnose: Tuberculosis pulmonis sin. Pleuritis adhäsiva sin. Tuberculosis incipiens lobi inf. dextr.

Therapie: Resektion von 3—4 cm langen Rippenstückchen links hinten aus der 1.—7. Rippe. Glatte Wundheilung. 4 Tage starke Schmerzen. Der Auswurf geht von 60 ccm auf 30 ccm zurück. Zeitweise starke Neuralgien. Pat. geht zur Nachkur auf den Kohlhof, kommt am 20. VI. zur Resektion von zwei Stückchen aus der 8. und 9. Rippe links hinten zur Verstärkung des Effektes wieder, geht dann nach Davos. Dort gute Erholung. Ende August werden noch links vorne Resektionen von 7 Rippen vorgenommen.

Nr. 1700. 23 j. Ingenieursgattin. Seit 1911 im Anschluß an eine Geburt erkrankt. In Davos wurde eine ausgedehnte tuberkulöse Erkrankung der Lungen festgestellt: rechts total

mit Kaverne im Röntgenbild von 4.—6. Rippe (von hinten gerechnet), links kleine disseminierte Herde. Im Sputum Tuberkelbacillen. Fieber bis 38,2 rectal. Die Temperaturen wurden bald normal, das Befinden blieb aber schwankend. Anfang 1912 gelang Pneumothorax im 9. Intercostalraum, der bis jetzt unterhalten wurde. Er blieb wegen Verwachsungen auf einen kleinen Abschnitt rechts unten seitlich beschränkt. Trotz dieser Beschränkung war ein günstiger Einfluß unverkennbar: Verkleinerung der Kaverne, Verminderung des Hustens und des Auswurfs, Hebung des Allgemeinbefindens. Da es in letzter Zeit nicht mehr vorwärts ging, der Pneumothorax verkleinerte sich durch Pleuranarbenzug trotz Anwendung enormer Druckwerte bei den Nachfüllungen, wurde Pat. zur Thorakoplastik in die Klinik eingewiesen.

Diagnose: Rechtsseitige Lungentuberkulose mit Kaverne im Oberlappen.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. Hinten rechts aus den 8 obersten Rippen wurden unter lokaler Anästhesie Stückchen von 3—4 cm reseciert.

Verlauf: Wundheilung glatt. In den ersten Tagen besteht zuweilen etwas Hustenreiz. Einmal ein kleines Sputum am 4. Tage; dann kein Auswurf mehr. Auch der Reiz ist in der 2. Woche vollständig geschwunden. Auf dem Röntgenbilde zeigt sich die Kaverne als wesentlich kleiner. Das Allgemeinbefinden hat durch den Eingriff nicht gelitten. Befund April 1913 sehr gut. Kein Sputum mehr, kein Husten.

Nr. 1790. 38 j. Eisendreher, seit 2 Jahren lungenkrank, wird von seinem Arzt zur Thorakoplastik in die Klinik geschickt. Es handelt sich um eine linksseitige Oberlappentuberkulose. Thorakoplastik nach Wilms. Resektion von Stückchen aus den 7 obersten Rippen hinten. Die Sputummenge ging von 80 ccm auf 40 ccm herunter. Wundheilung per primam.

Nr. 1852. 36 j. Ingenieur, 1911 mit Lungenblutungen erkrankt. Nach einem längeren Krankenhausaufenthalt ging Pat. nach Davos; dort am Anfang erhöhte Temperaturen, wenig Auswurf, der allmählich verschwand. Dann stets Wohlbefinden.

Befund: Gut genährter Mann. Thorax: R. Ober- und Unterschlüsselbeingrube deutlich etwas eingesunken. Die r. Seite bleibt bei der Atmung zurück. Perkussion: Rechts hinten oben bis zur Spina scapulae, vorne bis zur 2. Rippe deutliche Schallverkürzung. Rechts hinten untere Grenze mangelhaft verschieblich. Links überall sonorer Schall. Auskultation: Rechts im Bereich der Dämpfung abgeschwächtes vesikuläres Atmen, vorne im 2. Intercostalraum amphorisches Atmen in einem 10 Pfennigstück großen Bezirk. Daselbst und in der Umgebung zahlreiche kleinblasige, klingende Rasselgeräusche. Hinten oben wenige kleinblasige, teilweise klingende, teilweise nicht klingende Rasselgeräusche. Links keine Rasselgeräusche. Das Röntgenbild zeigt eine deutliche haselnußgroße Kaverne im r. Oberlappen. Kein Auswurf!

Diagnose: Tuberculosis pulmonum lobi sup. dextr. Kavernöse Form. Neigung zur Schrumpfung, alte Pleuritis.

Operation: Rechts hintere Thorakoplastik nach Wilms. Aus den 5 obersten Rippen werden 3—4 cm lange Stückchen entfernt.

Verlauf: Verhältnismäßig wenig Schmerzen. Temperatur nach 4 Tagen wieder normal. Fast kein Husten. Kein Auswurf. Die betreffende Stelle ist gut eingesunken. Rasseln ist noch zu hören. Nach Davos entlassen. Befinden Dezember 1912 gut. Keine Beschwerden, kein Husten mehr.

Nr. 2324. 29 j. Arzt. 1907 wurde bei der Untersuchung für das Militär ein doppelseitiger Lungenspitzenkatarrh festgestellt. Pat. war während seines praktischen Jahres in Davos. Er wird uns jetzt zur Operation zugeschickt. In letzter Zeit hohe Temperaturen, dauernd Auswurf, heftige Atemnot, Puls dauernd hoch (120—140).

Befund: Ziemlich großer Mann in gutem Ernährungszustand. Bei der Atmung bleibt die l. Brustseite deutlich zurück, immerhin macht auch sie noch ausgedehnte Exkursionen. L. Lunge: Deutlich Dämpfung bis Mitte der Scapula und 3. vordere Rippe. Tympanitische Dämpfung zwischen 6. und 8. Rippe hinten und seitlich. Lungengrenzen unten nicht genau zu bestimmen. Relative Dämpfung vom 8. Processus spinosus an abwärts. Bronchovesikuläres Atmen über der l. Spitze mit fein- und mittelblasigen, z. T. klingenden Rasselgeräuschen der Dämpfung entsprechend. Bronchovesikuläres Atmen zwischen 6. und 8. Rippe der Dämpfung entsprechend mit feuchten Rasselgeräuschen. Abgeschwächtes Atmen hinten unten. Ueber der ganzen l. Lunge deutliches Stenosenatmen. R. Lunge: Geringe Spitzendämpfung. Lungengrenze in der Höhe des 12. Brustwirbels, gut verschieblich. Verschärftes Atmen über der r. Spitze mit einzelnen feinen Rasselgeräuschen, sonst überall scharfes rauhes Vesikuläratmen. Hinten rechts unten zuweilen einige feuchte Rhonchi. Bei der Durchleuchtung sieht man bei jeder Inspiration das ganze Mediastinum sich nach links verziehen. Direkt winklige Abknickung der Aorta, Abknickung der Trachea. Links: Alter Spitzenprozeß, Herdschatten im Unterlappen. Rechts: Geringe Spitzentrübung, Herdschatten im Unterlappen. Herz: etwas nach links und rechts verbreitert, im ganzen nach links verlagert, dumpfe Töne. Urin: Spur Albumen, vereinzelte hyaline Zylinder. Sputum eitrig-schleimig, spärlich Tuberkelbacillen. Probepunktion links zwischen 6. und 7. Rippe der Dämpfung und der Herdstelle entsprechend: Kein Exsudat, kein Eiter. Schwere Atemnot, viel quälender Husten, Stridor, hohes Fieber.

Diagnose: Lungentuberkulose mit starker Schrumpfung links und Verziehung des Mediastinums nach dieser Seite.

Operation: In lokaler Anästhesie werden aus den 7 obersten Rippen Stückchen am Angulus links reseciert.

Verlauf: Wundheilung glatt. Atmung wesentlich freier. Auswurf nahm von 150 ccm auf 50—80 ccm ab. Tuberkelbacillen wurden im stark schleimigen Sputum nicht mehr gefunden. Röntgenbild: Unterlappen ganz verdichtet. Thorax gut eingesunken. Trachea noch immer etwas nach links verzogen. Beschwerden sind jetzt auch subjektiv wesentlich besser.

Nr. 2656. 38 j. Prokuristenfrau. Mutter an Phthise verloren. Mit 20 Jahren Pleuritis. Seit Winter 1909/10 trockenes Hüsteln, leichtes Fieber, Nachtschweiße, etwas Auswurf. Längerer Aufenthalt in Davos. Am 6. II. 12 Versuch des künstlichen Pneumothorax an 5 verschiedenen Stellen links hinten und vorne unten und seitlich oben ohne Erfolg. Starke Schwarten und Verwachsungen. Seit dieser Zeit fast dauernd subfebril, dauernd hoher Puls (100—120). Sputummengen zwischen 30—100; öfters kleine Schübe mit lange andauernden höheren Temperaturen. Auswurf immer bacillenhaltig und mit elastischen Fasern.

Befund: Rechts oben leichte Dämpfung bis zur 2. Rippe und bis zur Mitte der Scapula. In diesem Gebiete vesikulärbronchiales Inspirium mit vesikulärbronchialem Exspirium und spärliche, nach Husten vermehrte, halbklingende Rhonchi. Links vorne überall relative Dämpfung, oben bis 3. Rippe mit Tympanie. Bis 4. Rippe bronchial, zum Teil verdecktes Atmen mit kleinem Rasseln und Aechzen. In den unteren Partien abgeschwächtes Atmen mit mehr tonlosem Rasseln. Hinten reichen die Kavernensymptome bis zum Angulus, die Infiltrationszeichen bis unten. Lungenrand nirgends deutlich verschieblich. Die Herzdämpfung ist deutlich nach links verschoben, ebenso der Spitzenstoß. Herztöne leise, rein. Die Röntgenaufnahmen zeigen eine große und mehrere kleinere Kavernen links, und an der r. Spitze kleine scharf begrenzte Herde und in der Höhe der Clavicula außen eine kleine Exkavation.

Diagnose: Kavernöse Lungentuberkulose links, alte adhäsive Pleuritis. Rechts Spitzenaffektion.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. Resektion von 4 cm langen Stücken aus den obersten 8 Rippen (an der 1. Rippe nur 1,5 cm) links hinten.

Verlauf: Pat. ist von dem Eingriff ziemlich angegriffen. Die ersten 4 Tage bestehen heftige Schmerzen und erschwerte Expektoration. Die Sputummenge, die vor der Operation 50 ccm betrug, steigt in den ersten Tagen auf 90 ccm, um dann rasch zu sinken. Die Temperatur ist nur 4 Tage leicht erhöht. Die Pat. fühlt sich jedoch nach dem Eingriff dauernd recht schwach. Nach 10 Tagen sind die Schmerzen beim Husten ganz verschwunden. Am 14. Tage setzt eine Temperatursteigerung ein, die 6 Tage dauert und mit Auswurfvermehrung einhergeht. Darnach langsame Erholung der Kräfte. Die l. Thoraxhälfte ist erheblich eingesunken. Es besteht jedoch noch reichlich Rasseln. Die Perkussions- und Auskultationsverhältnisse sind nicht wesentlich verändert. Die Temperaturen sind normal. Puls 96.

Pat. wird am 27. Tage nach Davos entlassen. Daselbst vorübergehende pneumonische Störungen. Darnach bald erhebliche Besserung und Hebung der Kräfte.

Nr. 3106. 25 j. Landrichterstochter. Mit 17½ Jahren Rippenfellentzündung mit Erguß. Seit 1910 Husten. August 1912 wurde Pneumothorax angelegt. Pat. wird zur Operation in die Klinik eingewiesen.

Befund: Großes, kräftig gebautes, junges Mädchen in gutem Ernährungszustand. Die r. Thoraxseite bleibt beim Atmen gegen die linke in den oberen Partien zurück. Die Schallverkürzung erstreckt sich hinten bis zur 6. Rippe. Hier ist das Atmen abgeschwächt und ausgedehntes, feuchtes Rasseln vorhanden. Vorne reicht die Dämpfung bis zur 4. Rippe. Das Atemgeräusch ist bronchial bis amphorisch, von sehr zahlreichen, großblasigen Rasselgeräuschen verdeckt. Das Röntgenbild ergibt eine Kaverne im r. Oberlappen. Im Auswurf mäßig viel Tuberkelbacillen.

Diagnose: Rechtsseitige Oberlappentuberkulose (kavernöse, schrumpfende Form).

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. In guter Lokalanästhesie werden rechts hinten aus den obersten 8 Rippen Stücke von 3—5 cm entfernt.

Verlauf: Die Schmerzen dauern 4 Tage. In den ersten Tagen besteht ziemlich starke Cyanose, so daß der fixierende Verband entfernt werden muß. Der Auswurf nimmt nach 8 Tagen wesentlich ab, so daß nur noch 4—6 Sputa pro Tag ausgehustet werden. Der Appetit bessert sich. Sehr gutes Einsinken der r. Seite. Nur noch wenig Rasseln. Immerhin besteht eine deutliche Dyspnoe. Die Wunde heilte sehr glatt. Leichte Konvexskoliose nach rechts.

Nr. 3137. 23 j. Professorstochter. Seit 4 Jahren schleichend beginnende, langsam fortschreitende linksseitige tuberkulöse Lungenerkrankung mit Neigung zur Schrumpfung. Einmal Hämoptoe. Subfebrile Temperaturen. Mehrfache klimatische Kuren während der ganzen Zeit. Pneumothoraxversuch. Trotzdem langsame Verschlechterung. Sehr heftige Husten.

Befund: Mittelgroßes Mädchen in mäßigem Ernährungszustand. L. Thoraxhälfte bleibt deutlich bei der Atmung zurück. L. Supra- und Infraclavikulargrube leicht eingesunken. R. Lunge zeigt normale Verhältnisse. Links: vorne bis zum 3. Intercostalraum deutliche Dämpfung, die sich nach unten langsam verliert. Untere Grenze unbeweglich bei der Atmung. Hinten von der Spitze bis zum Angulus scapulae deutliche Dämpfung, die sich langsam nach unten aufhellt. Untere Grenze unbeweglich. Vorne über der Spitze bis herab zum 3. Intercostalraum ausgesprochenes Bronchialatmen, das in der vorderen Axillarlinie amphorischen Beiklang bekommt. Zahlreiche feinblasige, klingende, z. T. metallisch klingende, Rasselgeräusche an der Stelle des amphorischen Atmens. Von der 4. Rippe ab vorne

abgeschwächtes Vesikuläratmen. Sonst vorne und hinten über der Spitze bis herab zum Angulus scapulae spärliche mittel- und kleinblasige Rasselgeräusche, die beim Husten zahlreich werden. Vom Angulus abwärts keine Rasselgeräusche mehr. Atemgeräusch abgeschwächt, vesikulär. Sputum ca. 50 ccm, geballt, eitrig-schleimig, enthält elastische Fasern und Tuberkelbacillen.

Die Röntgenaufnahme zeigt, daß die r. Lunge normal ist. Eine Infiltration mit einer Kaverne des l. Oberlappens liegt vor. Auch im oberen Teil des l. Unterlappens sind einige Infiltrationsherde zu bemerken. Das Herz ist etwas nach links gezogen.

Diagnose: Tuberkulose des l. Oberlappens (Infiltration und Kavernenbildung). Adhäsive tuberkulöse Pleuritis der ganzen l. Lunge.

Operation: Thorakoplastik nach Wilms. Resektion von ca. 3—4 cm langen Stückchen der linken 8 obersten Rippen am Angulus costae. Gutes Zusammensinken der l. Thoraxhälfte.

Verlauf: In den ersten Tagen nur sehr geringe Temperaturerhöhungen. Nach 4 Tagen lassen die Wundschmerzen, nach ca. 12 Tagen die Spannungsschmerzen am Rippenbogen nach. Der vor der Operation sehr heftige Husten schwindet ganz. Pat. wirft täglich nur noch sehr wenige Sputa, manchmal sogar gar keine aus. Die l. Thoraxhälfte ist sehr stark eingesunken. Bei der Entlassung bestehen noch ungefähr dieselben Dämpfungsverhältnisse wie vor der Operation. Vorne und hinten sind in den obersten Partien noch zahlreiche klingende, kleinblasige Rhonchi zu hören.

Nr. 3473. 32 j. Kaufmann. Seit 1910 lungenkrank, war in verschiedenen Heilstätten, ohne daß eine Besserung eintrat, wird jetzt von seinem Hausarzt zur Operation eingewiesen.

Befund: Mäßig genährter Mann mit blasser Gesichtsfarbe. Ueber der rechten unteren Lunge besteht eine leichte Dämpfung, Atemgeräusch manchmal pfeifend, meist bronchial, lauter klein- und großblasige Rhonchi. Die übrigen Lungenlappen sind gesund. Die Röntgenaufnahme ergibt, daß in der rechten unteren Lunge eine faustgroße Kaverne mit scheinbar sehr derber Wandung sich befindet. Tuberkelbacillen im ziemlich reichlichen Sputum nicht sehr viel.

Diagnose: Faustgroße, tuberkulöse Kaverne im re·hten unteren Lungenlappen.

Therapie: Am 27. XI. wird über der r. Lunge ein künstlicher Pneumothorax mit 1500 ccm Stickstoff angelegt. Er gelingt ohne Schwierigkeit. Pat. klagt anfangs über Druckschmerzen. Puls ist etwas frequenter. Subjektives Befinden nicht gestört. Die Röntgenaufnahme ergibt, daß der Pneumothorax total ist. Die Kaverne im r. Unterlappen ist kaum merklich kleiner geworden. 3 ausgezogene Adhäsionen sind vorhanden. Man entschließt sich wegen des geringen Zusammenfalls der Kaverne zur Thorakoplastik nach Wilms, die am 3. XII. vorgenommen wird. Es werden hinten rechts in guter Lokalanästhesie Stückchen aus den 10 obersten Rippen entfernt. Die r. Thoraxseite stellt sich schon gleich nach der Operation äußerlich sichtbar gut ein.

Verlauf: Pat. wird am 24. XII. auf Wunsch entlassen. Anfangs Januar 1913 (siehe Jahresbericht 1913) soll die Kaverne, die immer noch nicht ganz kollabiert ist, eröffnet werden. Pat. fühlt sich im allgemeinen ganz wohl, die Sputummenge hat abgenommen; Tuberkelbacillen wurden bei der letzten Untersuchung am 18. XII. nicht mehr gefunden (?). Der Befund ist objektiv nicht verändert. Eine leichte Verschiebung des Mediastinums nach links ist eingetreten. Auffallend sind die Schmerzen, die Pat. vorne im Bereich der r. Rippenknorpel hat und die an Intensität kaum nachgelassen haben.

Zusammenfassung.

18 Fälle (10 M., 8 W.) wurden mit der Thorakoplastik nach Wilms behandelt. In allen Fällen handelte es sich um Lungentuberkulosen, die schon mehrere Jahre bestanden, keine Tendenz zur Ausheilung zeigten und Andeutungen von Retraktion der Lungen aufwiesen.

In 13 Fällen wurde die hintere Thorakoplastik vorgenommen. Meist genügte die Resektion an den 7 obersten Rippen, einmal konnte man sich mit Resektion der 5 oberen Rippen begnügen. In zwei Fällen mußte man noch etwas tiefer gehen. In 5 Fällen wurde die hintere und die vordere Thorakoplastik vorgenommen, immer in zwei Sitzungen, die mindestens zwei Wochen von einander lagen.

Die Beurteilung, wie weit man bei der Resektion gehen soll, ist nicht leicht. Meistens genügen bei der hinteren Resektion die 7 obersten Rippen. In zwei Fällen (Nr. 1508, 1582) mußte man, um den operativen Effekt zu verstärken, sich entschließen, noch zwei weitere Rippen zu resecieren. In einem Fall (Nr. 3106) bestand noch bei der Entlassung eine leichte Dyspnoe, was als ein Zeichen eines zu ausgedehnten Eingriffs aufgefaßt werden muß.

Die Operationen wurden sämtlich in Lokalanästhesie ausgeführt. Die Schmerzen, die infolge der Operation auftreten, verloren sich meist innerhalb weniger Tage. Die Sputummenge sank, die Temperaturen fielen zur Norm. Die Wunden heilten meist per primam.

Die infolge der Operation direkt auftretenden subjektiven und objektiven Ergebnisse konnten uns im allgemeinen befriedigen. Ueber Dauerresultate sind wir natürlich jetzt noch nicht imstande zu berichten.

D. Tumoren.

(4 Fälle: 2 M., 2 W., 2 †.)

Ein Fall von Neurofibromatosis multiplex kam zur Beobachtung (Nr. 3278 W.). Eine kindskopfgroße Cyste der l. Achselhöhle wurde exstirpiert (Nr. 1100 M.).

Zwei Fälle von Mediastinaltumoren wurden behandelt:

Nr. 1577. 53 j. Landwirt war wegen eines linksseitigen Empyems unbekannter Aetiologie schon längere Zeit in Behandlung. Gestern Nacht wurde dasselbe durch einen kräftigen Hustenstoß unter die Haut perforiert. Mittelkräftiger Mann mit starker Cyanose und beschleunigter Atmung. Auf der l. Seite des Rückens subkutan eine Vorwölbung, die etwas Fluktuation zeigt. Völlige Dämpfung der l. Seite bis über die Spina scapulae. Atemgeräusch nicht durchhörbar. Stimmfremitus verstärkt. Incision über der Schwellung. Da nicht genügend Exsudat entleert wird, anschließend eine Resektion der 6. Rippe. Drainage. Der sanguinolente Charakter des Exsudats ruft Verdacht auf malignen Tumor wach. Zunehmender Verfall und Exitus am 3. Tage. Die Obduktion ergibt ein kleinzelliges Rundzellensarkom des Mediastinums. Hineinwuchern desselben in den l. Stammbronchus, gegen den l. Lungenhilus, in den Herzbeutel, polypenartiges Hineinwuchern in

die vordere Wand des Oesophagus, entsprechendes Dekubitalgeschwür an der gegenüber gelegenen Stelle der Rückwand, Einmauerung des Arcus aortae. Metastasen in den Lungen.

Nr. 3333. 67 j. Taglöhnerswitwe hatte seit Jahren einen Kropf, der ihr keine Beschwerden machte. Seit 8 Tagen hat sie Anfälle von Atemnot. Sehr magere, hinfällige Frau. Rechts von der Mittellinie am Halse zwischen Schlüsselbein und Kehlkopf ein apfelgroßer, frei verschieblicher Tumor, der unmöglich für die Atemnot verantwortlich gemacht werden kann. In der l. Fossa supraclavicularis finden sich mehrere bis wallnußgroße, derbe, verschiebliche, nicht druckempfindliche Lymphdrüsen. Das Röntgenbild zeigt einen großen Schatten vor der Wirbelsäule, der etwa in der Höhe des 6. Brustwirbels beginnt und nach abwärts bis zur Höhe der 7. Rippe vorne reicht. In lokaler Anästhesie wird das Brustbein entsprechend den oberen beiden Rippen vom Ansatz der Rippenknorpel links bis zur Mittellinie fortgenommen. Das Sternum ist am Jugulum tief nach hinten umgebogen. Die obere Thoraxapertur weicht gut auseinander. Die Atmung wird freier. Plötzlich erfolgt Atemstillstand und Tod.

c) Mamma.

(30 Fälle: 0 M., 30 W., 0 †.)

a) Entzündungen (6 Fälle: 0 M., 6 W., 0 †).

1. Akute Entzündungen: 4 Fälle.

Nr. 1529 W., 1637 W., 2682 W., 2990 W. In drei Fällen handelte es sich um eine puerperale Mastitis. Alle Fälle heilten nach Incision und Drainage aus.

2. Chronische Entzündungen: Tuberkulose der Mamma.

Nr. 610 W., 1021 W. Entleerung der Abscesse, Excision des kranken Gewebes, Röntgenbestrahlungen brachten Heilung.

b) Tumoren (24 Fälle: 0 M., 24 W., 0 †).

1. Gutartige Tumoren: 3 W., 0 †; Nr. 1556, 3041, 3519. In allen drei Fällen handelte es sich um Mammafibrome, die excidiert wurden. Heilung.

2. Bösartige Tumoren: 21 Fälle: 0 M., 21 W., 0 †.

a) Carcinome: 20 Fälle: 0 M., 20 W., 0 †.

Ein Fall von Mammacarcinom (Nr. 3407 W.) verweigerte jeden Eingriff.

In 14 Fällen wurde die Ablatio mammae mit Ausräumung der Achselhöhle vorgenommen (Nr. 422, 436, 497, 664, 714, 916, 1155, 1251, 1308, 2133, 2784, 2897, 3570, 3577, 3749 W.).

Zwei Fälle mit Recidiven kamen zur Behandlung. In Nr. 2784/2183 wurde ein Knoten mit Resektion der Vena axillaris aus der Achselhöhle entfernt. In Nr. 3543 wurde eine Rippe mit aufsitzendem Carcinomknoten reseciert.

Nr. 272 betrifft einen Fall, in dem der Tumor histologisch aus Carcinom und Tuberkulose bestand.

In Nr. 504, 1980 handelte es sich um Paget disease. In beiden Fällen Amputatio mammae.

b) Sarkome: In Nr. 3229 handelte es sich um Pleurameta-

stasen eines 1911 operierten Sarcoms der Mamma. Operation wurde wegen des schweren Eingriffs vom Manne der Patientin abgelehnt.

d) Wirbelsäule.

(45 Fälle: 25 M., 20 W., 4 †.)

A. Verletzungen.

(9 Fälle: 9 M., 0 W., 2 †.)

1. Kontusionen: Nr. 2019 M. Kontusion der Lendenwirbelsäule und des Kreuzbeins. Bettruhe. Heilung.

2. Frakturen (6 Fälle: 6 M., 0 W., 1 †).

Nr. 477 M. Kompressionsfraktur des 1. Lendenwirbels. Bettruhe, Massage der Rückenmuskulatur, Stützapparat.

Nr. 1662. 18 j. Mensch fiel vom Reck. Compressio medullae cervicalis infolge Fraktur des 6. und 7. Halswirbelbogens. Paraplegie beider Beine. Blasenlähmung. Operation: Entfernung des 6. und 7. Halswirbelbogens. Keine wesentliche Besserung. Verlegung des Pat. in die medizinische Klinik.

Nr. 1722 M. Kompressionsfraktur des 12. Brustwirbels. Bettruhe.

Nr. 2093. 41 j. Maurer fiel vom Dach herunter, wurde moribund eingeliefert. Die Obduktion ergab Folgendes: Kompressionsfraktur des 10. Brustwirbelkörpers, Abrißfraktur der Processus spinosi des 7. Halswirbels und des 8. und 10. Brustwirbels. Frakturen der 2.—10. Rippe rechts, der 6. und 7. Rippe links. Großes retrosternales Hämatom (Querbruch des Sternums). Blutiger Erguß in die l. Pleurahöhle. Bluterguß zwischen die beiden Pleurablätter rechterseits. Leichtes Emphysem beider Lungen, kirschgroßer tuberkulöser Herd in der l. Lungenspitze.

Nr. 2855 M. Fraktur eines Dornfortsatzes des 6. oder 7. Halswirbels. Glisson'sche Schlinge. Bettruhe.

Nr. 3657. 36 j. Mann. Sturz mit einem Fahrstuhl. Lockerung einer Zwischenwirbelscheibe der Lendenwirbelsäule mit Dislokation. Abriß von Querfortsätzen an den Lendenwirbeln. Bettruhe. 5 Wochen später Massage, später Turnen und Uebungen. Mit ziemlich gut beweglicher Lendenwirbelsäule entlassen.

3. Luxationen:

Nr. 2955. 46 j. Landwirt fiel von einem Baum 5 m hoch auf den Rücken. 5. Halswirbelkörper ist nach vorne subluxiert. Jeder Repositionsversuch mißlingt. Leichte Schwäche in beiden Armen. Gipskravatte.

3. Luxationsfrakturen:

Nr. 2771. 60 j. Landwirt fiel vom Baum herunter. Der Kopf ist nach der l. Seite hin geneigt. Aktive Bewegungen der Halswirbelsäule unmöglich, passive unter starken Schmerzen. Zwerchfellatmung. Paraplegie der Beine. Anästhesie bis zur 3. Rippe. Rechts Radialislähmung. Die Röntgenaufnahme ergibt, daß der untere Teil der Halswirbelsäule stark zertrümmert ist. Gleichzeitig besteht eine Luxation. Es ist nicht genau zu bestimmen, welche Wirbel es sind. Die Wirbelsäule wird freigelegt und die stark zertrümmerten Wirbelbogen entfernt. Das Rückenmark war stark gequetscht. Exitus nach 2 Tagen. Die Obduktion ergibt eine Querfraktur des 6. Halswirbelkörpers, Verschiebung des oberen Bruchstücks ventral-

wärts. Blutungen im prävertebralen Bindegewebe in entsprechender Höhe. Rückenmark in der Höhe der Fraktur leicht plattgedrückt, sonst nicht weiter verletzt, keine Kontinuitätstrennung. Epidurale Blutungen im Bereiche des Brustmarks.

B. Verkrümmungen.

(6 Fälle: 1 M., 5 W., 0 †.)

Nr. 947 W., 1207 W., 1730 W., 3079 M., 3283 W., 3721 W.

6 Skoliosen, eine mit einer ausgeheilten Spondylitis kombiniert. In allen Fällen handelte es sich um jugendliche Individuen. Die Therapie bestand in Massage, Turnen, Suspension, Redressement mittelst Apparate und Gipsbetten.

C. Tuberkulöse Erkrankungen.

(27 Fälle: 14 M., 13 W., 2 †.)

1. Halswirbelsäule: 2 M., Nr. 1870, 3272. In beiden Fällen, ein 6- und 18 jähriger Mensch, handelte es sich um retropharyngeale Abscesse, die von der Halswirbelsäule ihren Ausgang nahmen. Beide Patienten wurden nach Entleerung des Abscesses mit einer Halskravatte behandelt. In beiden Fällen trat eine wesentliche Besserung ein. Ein Patient kam ins Bad Dürrheim zur Kur.

2. Brustwirbelsäule: 6 Fälle: 2 M., 4 W., 0 †; Nr. 650 W., 838 W., 947 W., 1343 M., 1351/1808 W., 3197 M.

In vier Fällen bestand eine Spondylitis mit Absceßbildung. Punktion der Abscesse, Injektion von Jodoformglycerin, Tuberkulinkur, Röntgenbestrahlungen und Sonnenbelichtungen wurden angewandt. Besserungen wurden erzielt; die Patienten befinden sich noch in ambulanter Behandlung.

In zwei Fällen bestanden Lähmungen:

Nr. 650. 8 j. Mädchen mit druckempfindlichem Gibbus im Bereich des 7.—9. Brustwirbels. Hochgradiger Spasmus der Beine, Sensibilität erhalten. Das Röntgenbild zeigt einen großen Absceß in der Höhe des Gibbus an. Trotz Entleerung des Abscesses keine Besserung der Lähmung. Daher Entfernung der hinteren Bogen im Bereich des Gibbus. Gipsbett. Besserung im Verlauf von 4 Monaten: L. Bein nicht mehr spastisch, rechtes nur noch etwas. Pat. wurde in das Soolbad Dürrheim entlassen.

Nr. 3197. 45 j. Notar. Als Kind tuberkulöse Coxitis. Seit mehreren Jahren Lungentuberkulose. Seit einem Vierteljahr stellte sich allmählich ein Gibbus der Brustwirbelsäule mit Spasmen in den Beinen und Sensibilitätsstörung bis zur Nabelhöhe ein. Die Röntgenaufnahme ergibt, daß in der Höhe des Gibbus (4.—5. Brustwirbel) ein Absceß sich befindet. Daher Costotransversektomie und Entfernung des 3., 4. und 5. Brustwirbelbogens. Der Absceß besteht aus käsigem Granulationsgewebe. Da nach 4 Wochen keine Besserung der Lähmung eingetreten war, ja noch eine Urinverhaltung dazugekommen war, entfernte man noch die Wirbelbogen des 6. und 7. Brustwirbels. Es bestand dann kein Hindernis mehr. Trotzdem keinerlei Besserung der Lähmung und der Sensibilität. Ungebessert entlassen.

3. Lendenwirbelsäule: 18 Fälle: 9 M., 9 W., 1 †; Nr. 293 W., 468 W., 626 W., 723 W., 1082 M., 1377 M., 1445 W., 1541 M., 1615 W., 1682 M., 2051 W., 2357 W., 2522 M., 2973 M., 3149/3215 M., 3153 M., 3481 W., 3615 M.

In zwölf Fällen waren Senkungsabscesse vorhanden, die punktiert wurden. Injektion von Jodoformglycerin, Tuberkulinkur bei negativem Pirquet, Röntgenbestrahlungen, Höhensonne, Sonnenbäder, Freiliegekur. Alle Fälle wurden gebessert entlassen.

Ein Fall von Spondylitis mit ausgedehnten Fistelgängen wurde mit Röntgenbestrahlungen behandelt. Zwei weiteren Fällen, in denen nur ein deutlicher Gibbus vorhanden war, wurden nach längerer Liegekur und Röntgenbestrahlungen mit Korsetts entlassen.

Nr. 1445. Bei einer 30 j. Frau befand sich ein stark spitzwinkliger Gibbus in der Höhe des 2. und 3. Lendenwirbels. Spastische Erscheinungen an der unteren Extremität und Sensibilitätsherabsetzung bis etwa zur Höhe des Nabels führten zu einer Laminektomie. Der hintere Bogen des 2. und 3. Lendenwirbels wurde entfernt. Der 3. Lendenwirbel war völlig nach links verschoben, so daß das Rückenmark abgeknickt war. Im Verlauf der nächsten Monate vergingen die Spasmen an den Beinen, auch die Sensibilität kehrte zur Norm zurück, so daß Pat. mit einem Korsett entlassen werden konnte.

Nr. 3149/3215. Ein Fall, der längere Zeit unter der Flagge einer Aktinomykose der Lendenwirbelsäule segelte, wurde trotz Laminektomie und Röntgenbestrahlungen nicht gebessert. Pat. ist Januar 1913 zu Hause seiner Tuberkulose erlegen.

Ein Fall kam ad exitum (Nr. 2357 W.). Es handelte sich bei dem 25 jährigen Mädchen um eine tuberkulöse Spondylitis des 2. und 3. Lendenwirbels mit doppelseitigen Psoasabscessen. Ferner bestand eine Arrosion des l. Oberschenkelkopfes und -halses.

4. Kreuzbein und Steißbein:

Nr. 239. Bei einem 29 j. Manne wurde ein tuberkulöses Sequester des Steißbeins und des unteren Teils des Kreuzbeins entfernt. Trotz Röntgenbestrahlungen und Tuberkulinkur schritt der tuberkulöse Prozeß weiter. Nach Auftreten einer doppelseitigen Thrombophlebitis und eines Decubitus trat rascher körperlicher Verfall ein, der zum Exitus führte. Die Obduktion ergab Folgendes: Ausgedehnte tuberkulöse Caries des Sacrum (partiell entfernt) mit paravertebralem Absceß und Fortsetzung in den sacralen Teil des Spinalkanals. Schwielig käsige Infiltration des Beckenperitoneums, der hinteren Rectalwand mit Einengung der Ureteren besonders links. Frische Miliartuberkulose des unteren Peritoneums. Freie käsige Bronchopneumonie, z. T. mit Kavernenbildung in beiden Oberlappen. Ausgedehnte Thrombose beider Femoral- und Iliacalvenen, embolische Thrombose in einem Ast der r. Lungenarterie.

D. Maligne Tumoren.

(3 Fälle: 1 M., 2 W., 0 †.)

Nr. 1453. Bei einem 14 j. Jungen war der 11. Brustwirbel durch einen Tumor vollständig zerstört. Nach Anlegen eines Extensionsverbands ließen die Schmerzen nach. Mit Gipsbett nach Hause entlassen.

Nr. 1608. Bei einer 32 j. Frau bestand eine Kompression des Rückenmarks durch einen

Tumor, der, wie die Operation (Laminektomie) zeigte, die hinteren Bogen des 4.—6. Brustwirbels und auch die seitlichen Körperanteile umfaßte. Histologisch erwies sich der Tumor als ein Sarkom. Eine Besserung der Lähmungserscheinungen trat nicht ein, Röntgentiefenbestrahlungen. Ungebessert entlassen.

Nr. 2105. Bei einer 59 j. Frau hatte sich ein Tumor im Bereich der Lendenwirbelsäule entwickelt. Die Punktion ergab Blut. Bei der Incision kam man in einen blutgefüllten Hohlraum, dessen Wandung aus weichen Massen bestand, die mit knöchernen Partien durchsetzt waren. Die histologische Untersuchung ergab ein Zylinderzellencarcinom von adenomatösem Typus und etwas plexiformem Charakter. Massenhaft Mitosen. Drüsenepithel gut differenziert. Basale Kernzone und eine feinstrukturierte protoplasmatische Innenzone, die vielfach colloide Tropfen enthält. Daher Verdacht auf Strumametastase. Die Schilddrüse war nicht vergrößert. Ungeheilt entlassen.

e) Rückenmark.

(4 Fälle: 3 M., 1 W., 1 †.)

Ein Fall von Myelitis (Nr. 1779 M.) und ein Fall von Sclerosis multiplex mit Decubitus (Nr. 2615 W.) wurden in die medizinische Klinik verlegt.

Nr. 853. Bei einem 67 j. Manne, der seit 16 Jahren an Lupus faciei litt, wurde wegen einer äußerst schmerzhaften Intercostalneuralgie bereits 1911 eine Durchtrennung des 7. und 8. Dorsalnerven nach Förster vorgenommen. Da die Schmerzen auf der r. Seite nicht vergangen waren, während links gar keine Schmerzen mehr bestanden, nahm man eine ausgedehntere Resektion der rechten unteren Brustnerven vor. Die Schmerzen ließen auch dann nicht nach. Pat., der sehr heruntergekommen war, erlag einer gangränescierenden Pneumonie in beiden Unterlappen und einer diffus eitrigen Leptomeningitis des Rückenmarks.

Nr. 1940. Ein 37 j. Portier litt seit 8 Monaten an heftigen gastrischen Krisen, die trotz Salvarsaninjektionen nicht nachließen. Es wurde daher die Durchtrennung der VII. bis X. Brustnerven in Lokalanästhesie vorgenommen, die gar keine Besserung brachte. Wegen Cystitis und Pyelitis bestanden zeitweise hohe Temperaturen. Am Kreuzbein war trotz Wasserbett ein handtellergroßer Decubitus aufgetreten. Ungebessert entlassen.

3. Bauch.

a) Verletzungen und Erkrankungen der Bauchdecken.

(Bearbeitet von Privatdozent Dr. G. Hirschel.)

A. Verletzungen.

(2 M.)

Nr. 2815. Einfache Bauchkontusion durch Fall bei einem 19 j. Maurer. Heilung.

Nr. 1462. Stichverletzung der Bauchdecken mit Hämatom bei einem 25 j. Schreiner. Konservative Behandlung. Heilung.

B. Entzündungen.

(3 M., 4 K.)

Es handelte sich um heiße oder kalte Abscesse der Bauchdecken. Nr. 2585, 2684, 2756, 2447, 1203, 571.

C. Tumoren.

(1 M., 1 W.)

Nr. 2438. 42 j. Frau mit großem Lipom der seitlichen Bauchwand. Exstirpation. Heilung.

Nr. 2309. 18 j. Landwirt mit kavernösem Angiom der Bauchdecken. Exstirpation. Heilung.

b) Erkrankungen des Magens und Duodenums.

(116 Fälle: 78 78 M. 37 W. 1 K. 6 †.)

Es wurden 116 Fälle von Magen- und Duodenumerkrankungen behandelt, darunter 57 gutartige (exklusive 5 Ulcusperforationen) Leiden und 59 Carcinome. Die folgende Tabelle gibt einen Ueberblick über die ausgeführten Operationen und einen Vergleich zu den beiden letzten Jahren. Die Zahl der Carcinome besonders der Resektionen wegen Carcinom hat abgenommen. Von den Gastroenterostomien wegen Ulcus starb ein Patient an Embolie, ein anderer infolge einer Blutung aus der arrodierten Arteria coronaria ventriculi sinistra. Von den 5 Magenresektionen wegen Ulcus starb ein Patient infolge Anämie und Schwäche.

	1912	1911
I. Gutartige Magen- und Duodenumerkrankungen	57 Fälle, 5 †	50 Fälle, 2 †
1. Unoperierte Fälle	13 Fälle	10 Fälle
2. Operierte Fälle	44 Fälle, 5 †	39 Fälle, 2 †
a) G.-E. mit Naht	25 Fälle, 2 †	27 Fälle, 1 †
b) G.-E. mit Fascienumschlingung des Pylorus	12 Fälle	2 Fälle
c) Resektionen und Excisionen von Ulcus	5 Fälle, 1 †	6 Fälle, 1 †
d) Magennähte bei Schußverletzungen	2 Fälle, 2 †	—
3. Perforationen des Magens bei Ulcus	5 Fälle, 1 †	3 Fälle, 1 †
II. Carcinome des Magens	59 Fälle, 1 †	47 Fälle, 7 †
1. Unoperierte Fälle	8 Fälle	8 Fälle
2. Probelaparotomien	31 Fälle, 1 †	30 Fälle, 3 †
3. Gastroenterostomien	17 Fälle	16 Fälle
4. Resektionen	3 Fälle	17 Fälle, 3 †
5. Jejunostomie	—	3 Fälle, 1 †
III. Erkrankungen des Oesophagus		
1. Gutartige Erkrankungen	1 Fall	1 Fall
2. Carcinome	16 Fälle, 3 †	17 Fälle, 1 †
a) Unoperierte Fälle	2 Fälle	2 Fälle
b) Gastrostomien	14 Fälle, 3 †	14 Fälle, 1 †

I. Gutartige Erkrankungen des Magens, Duodenums, Narbenstenosen usw. (57 Fälle: 42 M., 14 W., 1 K., 5 †).

A. Gutartige Erkrankungen des Magens (54 Fälle: 40 M., 13 W., 1 K., 5 †).

1. Unoperierte Fälle (13 Fälle: 8 M., 5 W., †).

Es sind dies Nr. 2991, 3130, 3025, 1621, 609, 2869, 3269, 2901, 1687, 2325, 2531, 2804 und 2586.

Hierbei handelte es sich teilweise um Patienten mit unbedeutenden Ulcusbeschwerden, die vorher noch nicht innerlich behandelt worden waren. Sie wurden der medizinischen Klinik zugewiesen. Teilweise waren es Gastroptosen, Gastroenteritisfälle und nervöse Magenerkrankungen, die ebenfalls innerlich behandelt wurden. Einige Patienten verweigerten die vorgeschlagene Operation.

2. Operierte Fälle (41 Fälle: 32 M., 8 W., 1 K., 5 †).

a) Gastroenterostomien wegen Ulcusbeschwerden, Pylorusstenose, Gastrektasie, motor. und chem. Insuff. und Gastroptose (34 Fälle: 27 M. 7 W., 2 †).

α. Gastroenterostomia post. retrocolica (23 Fälle: 20 M., 3 W., 2 †).

Nr. 3372. 67 j. Privatmann mit verdicktem Pylorus und großem Magen. G.-E. in Lokalanästhesie und Hyoscindarreichung. Heilung.

Nr. 233. 62 j. Privatmann mit kleinem stenosierenden Ulcus am Pylorus. Wegen Verwachsungen keine Resektion. G.-E. post. Heilung.

Nr. 740. 50 j. Mann mit kraterförmigem Ulcus an der Hinterwand des Magens. Verwachsungen mit dem Pankreas. G.-E. post. Heilung.

Nr. 802. 57 j. Mann mit Härte am Pylorus. G.-E. post. Heilung.

Nr. 1666. 47 j. Arbeiter mit Ulcus am Pylorus mit Pankreas verwachsen. Wegen schlechten Allgemeinzustandes nur G.-E. post. mit Naht. Heilung.

Nr. 1737. 18 j. Buchbinder mit haselnußgroßem Ulcus am Pylorus. G.-E. post. mit Naht.

Nr. 1839. 37 j. Mann mit kraterförmigem Ulcus callosum an der kleinen Kurvatur. G.-E. post.

Nr. 1984. 45 j. Taglöhner mit kleinem Ulcus am Pylorus. G.-E. post. Heilung.

Nr. 2327. 60 j. Brauer mit narbiger Pylorusstenose. In Lokalanästhesie G.-E. post. Wegen Circulus später nochmals Relaparotomie. Es zeigte sich, daß eine Jejunumschlinge durch den Mesocolonschlitz durchgeschlüpft war. Die Schlinge wird vorgezogen und fixiert. Heilung.

Nr. 2967. 45 j. Taglöhner mit Ulcusnarbe des Pylorus. G.-E. post. Heilung.

Nr. 2608. 34 j. Winzer mit Ulcusnarbe des Pylorus. G.-E. post. mit Naht. Heilung.

Nr. 3140. 39 j. Zigarrenmacher mit Ulcus am Pylorus. G.-E. post. mit Narat h'schem Gastrophor. Heilung.

Nr. 1915. 35 j. Frau mit Narbenstenose des Pylorus. G.-E. post. Heilung.

Nr. 1335. 17 j. Mann mit Ulcusstenose des Pylorus. G.-E. post. Heilung.

Aehnlich liegen die Fälle Nr. 1177, 590, 340, 3267, 1789, 2082 und 3102.

Nr. 2001. 48 j. Mann hat früher öfters frisches Blut erbrochen. Bei der Operation wird am Magen kein Ulcus bemerkt, deshalb nur G.-E. post. Am 2. Tage nach der Operation starkes Bluterbrechen, deshalb Relaparotomie und Eröffnen des Magens. An der Schleimhaut der G.-E.-Stelle werden mehrere Umstechungen gemacht. Pat. erholt sich wieder, doch tritt am 4. Tage nach der Relaparotomie der Exitus an Anämie ein. Es finden sich

bei der Sektion mehrere kleine Geschwüre an der kleinen Kurvatur und eine Arrosion der Art. coronaria ventriculi sinistra.

Nr. 378. 59 j. Landwirt. Vor einem Jahre wurde an der kleinen Kurvatur ein Ulcus excidiert. Jetzt Stenosenerscheinungen. Es zeigt sich eine Striktur am Pylorus durch die Operationsnarbe. G.-E. post. Am 7. Tage plötzlicher Exitus an Embolie.

β. Gastroenterostomien mit Netz- oder Fascienumschlingung des Pylorus nach Wilms (9 Fälle: 5 M., 4 W. †).

In 4 Fällen Nr. 2736, 1929, 3320 und 3319 wurde nach der typischen hinteren Gastroenterostomie des Pylorus mit einem Netzzipfel umschnürt. In allen Fällen wurde am Pylorus oder schon etwas jenseits desselben eine kleine Härte gefühlt.

In 5 Fällen Nr. 655, 663, 3026, 3629 und 3396 wurde der Pylorus nach der von Wilms angegebenen Methode durch einen Fascienstreifen aus der Rectusscheide fest umschlungen, nachdem die hintere Gastroenterostomie ausgeführt war. Auch in diesen 5 Fällen fanden sich geschwürs- oder narbenverdächtige Stellen am Pylorus oder schon jenseits desselben. In allen Fällen trat Heilung ein.

γ. Gastroenterostomien bei Ptosis und Gastrektasie neben allgemeiner Enteroptosis (2 Fälle: 2 W.).

Es waren dies Nr. 1150 und 2973.

b) Resektionen des Magens wegen Ulcus, Excisionen und Uebernähungen von Geschwüren (5 Fälle: 4 M., 1 W., 1 †).

In 3 Fällen Nr. 3185, 404 und 297 wurde ein Ulcus callosum, das am Pylorus saß und teilweise auf die kleine Kurvatur übergriff reseciert, 1 mal nach Billroth I und 2 mal nach Billroth II mit der Wilm s'schen Modifikation der Methode. In allen Fällen trat ungestörte Heilung ein. In einem Falle Nr. 2944 wurde das an der kleinen Kurvatur sitzende Geschwür excidiert und eine Gastroenterostomia post. angeschlossen.

In einem weiteren Falle wurde das Ulcus vom Innern des Magens aus übernäht.

Nr. 2414. Es handelte sich um einen 62 j. Privatmann, der schon mehrmals schwere Magenblutungen hatte. In stark anämischem, schon sehr bedenklichem Zu tande wurde der Pat. eingeliefert. Bei der Operation fand sich ein 2 Markstück großes Geschwür an der kleinen Kurvatur weit nach oben reichend gegen die Cardia. An eine Resektion war nicht zu denken. Es wird deshalb der Magen eröffnet und der Geschwürsgrund von innen vernäht. Anfangs erholt sich Pat., doch erfolgt eine neue geringe Blutung, die er nicht mehr übersteht.

c) Naht des Magens wegen Schußverletzung (2 Fälle: 1 M., 1 K., 2 †).

Es waren dies Nr. 797 und Nr. 637. Beides waren desolate Fälle, die an diffuser Peritonitis zum Exitus kamen.

B. Gutartige Erkrankungen des Duodenums. (3 Fälle: 2 M., 1 W.).

Nr. 3550. 45 j. Maurer. Im Duodenum nächst dem Pylorus ist ein kleines Ulcus fühlbar. G.-E. post. mittelst Gastrophor und Fascienumschlingung des Pylorus aus der Rectusscheide.

Nr. 884. 25 j. Kutscher mit ähnlichem Befunde wie oben. G.-E. post. und Umschlingung des Pylorus mit Netz.

Nr. 1374. 41 j. Fräulein mit kleiner harten Stelle im Duodenum. G.-E. post. mit Netzumschlingung des Pylorus. Nach 8 Wochen partieller Circulus vitiosus, deshalb Relaparotomie. Es findet sich ein kleiner Strang, der den abführenden Darmschenkel rechtwinkelig abknickt. Durchschneiden dieses Stranges und Anastomose zwischen beiden Schenkeln. Heilung.

II. Carcinome des Magens (59 Fälle: 36 M., 23 W., 1 †).

1. Unoperierte Fälle: (8 Fälle: 4 M., 4 W. †). Nr. 733, 2823, 3198, 1091, 2283, 2310, 2035 und 1910.

In den meisten Fällen bestanden große inoperable Tumoren bei schlechtem Allgemeinbefinden und hochgradiger Kachexie. Bei ihnen wurde noch eine Röntgenbestrahlung versucht. Einige Patienten verweigerten die vorgeschlagene Operation.

2. Probelaparotomien (31 Fälle: 21 M., 10 W., 1 †).

In allen Fällen bestanden große inoperable Tumoren. Einige Male wurde der Magentumor mit dem Rande des Hautschnittes vernäht, so daß das Carcinom der Röntgenbestrahlung direkt zugängig wurde. 1 Patient starb an Kachexie.

3. Gastroenterostomien (17 Fälle: 10 M., 7 W. †).

Es sind dies Nr. 3387, 3212, 471, 518, 1184, 1127, 1315, 1840, 2995, 2953, 2681, 1619, 1201, 1037, 743, 603 und 482.

In allen Fällen war eine Resektion des Tumors unmöglich und wegen motorischer Insuff. eine Gastroenterostomie angezeigt. Dieselbe wurde an der hinteren Wand mit Naht ausgeführt, einige Male in Lokalanästhesie.

4. Resektionen des Magens (3 Fälle: 1 M., 2 W.).

Nr. 2945. 60 j. Frau mit großem Tumor des Pylorus und der kleinen Kurvatur. Resektion nach Billroth I. Heilung.

Nr. 1754. 65j. Frau mit kleinem Pylorustumor und wenigen regionären Drüsen. Resektion nach Billroth II. Heilung.

Nr. 2806. 48 j. Landwirt mit Tumor der kleinen Kurvatur. Resektion nach Billroth II. Heilung.

Die geringe Zahl der Resektionen ist dadurch bedingt, daß wir alle die Fälle, wo ausgedehntere Drüsenerkrankungen schon nachweisbar waren, nur gastroenterostomierten und dann einen Teil bestrahlten.

III. Perforationen des Magens bei Ulcus (5 M., 1 †).

Nr. 2285. 35 j. Mann hatte früher öfters Magenbeschwerden. Vor 16 Stunden schwer erkrankt. Erbsengroße Perforation an der Vorderseite des Pylorus. Diffuse Peritonitis.

Uebernähen der Perforationsöffnung. Hintere G.-E. mit Naht. Spülung der Bauchhöhle. Heilung.

Nr. 2800. 21 j. Arbeiter vor 12 Stunden schwer erkrankt. Diffuse Peritonitis. Perforation nicht gefunden, anscheinend am Duodenum. Hintere G.-E. mit Knopf und Tamponade der Gegend der Perforation mit Netz und Tampons. Spülung des Abdomens. Heilung.

Nr. 1323. 46 j. Arbeiter hatte früher starke Magenbeschwerden. Vor mehreren Stunden schwer erkrankt. Diffuse Peritonitis. Perforation vorn am Pylorus. Naht dieser Stelle und hintere G.-E. mit Naht. Spülung des Abdomens. Heilung.

Nr. 1274. 25 j. Arbeiter mit Perforation an der kleinen Kurvatur. Diffuse Peritonitis. Naht der Perforationsöffnung und hintere G.-E. mit Knopf. Spülung. Heilung.

Nr. 964. 43 j. Fuhrmann mit perforiertem Ulcus an der kleinen Kurvatur und der hinteren Magenwand, das auf dem Pankreas festsitzt. G.-E. nicht möglich, deshalb Jejunostomie. Exitus an Peritonitis.

c) Erkrankungen des Oesophagus.

(Bearbeitet von Privatdozent Dr. G. Hirschel.)

(17 Fälle: 14 M., 3 W., 3 †.)

1. Gutartige Erkrankungen des Oesophagus (1 Fall: 1 M.).

Nr. 3375. 61 j. Landwirt trank vor 4 Wochen aus Versehen Seifenlauge. Allmählich auftretende Schluckbeschwerden. Durch Bougierung wird die Narbenstriktur allmählich erweitert.

2. Carcinome des Oesophagus.

A. Unoperierte Fälle (2 Fälle: 2 M.).

Nr. 923. 32 j. Landwirt mit Hindernis in der Gegend der Cardia. Bougierungen. Besserung.

Nr. 3626. 68 j. Taglöhner mit Hindernis bei 41 cm. Auf Wunsch nur mit Bougierungen behandelt. Gebessert entlassen.

B. Operierte Fälle (14 Fälle: 11 M. 3 W., 3 †.)

Nr. 2301, 3674, 1029, 1473, 1875, 2204, 3037, 2361, 840, 593, 3478, 789, 1206 und 1532.

Die Gastrostomie wurde in allen Fällen nach Witzel ausgeführt. 3 Patienten starben an Peritonitis infolge Durchbruchs des Carcinoms.

d) Verletzungen und Erkrankungen des Darmes und Peritoneums.

(Bearbeitet von Dr. Krall.)

A. Verletzungen und Erkrankungen des Darmes.

I. Des Dünndarmes.

Dünndarmverletzungen. (3 Fälle: 2 M., 1 W., † 0, op. 3).

Nr. 2705. 7½ j. Mädchen. Vor ca. 5 Stunden trat ein Pferd dem Kinde auf den Bauch. Es bestand bei der Einlieferung ein Oberschenkelbruch und deutliche Peritonitis. Bei der Laparotomie fand sich eine kleine Dünndarmperforation mit Austritt von wenig Darm-

inhalt. Uebernähung des Loches und Austupfen des Darminhalts. Vollständiger Schluß der Bauchhöhle. Glatte Heilung. Der Oberschenkelbruch mußte nach einigen Wochen wegen schlechter Stellung (wegen der Darmruptur konnte die Fraktur nicht recht behandelt werden) blutig reponiert und geklammert werden. Heilung ohne Verkürzung.

Nr. 3413. 48 j. Mann. 6 Stunden vor der Einlieferung Einwirkung stumpfer Gewalt auf den Leib. Bei der Einlieferung Zeichen diffuser Peritonitis. Es findet sich eine kleine Perforation im Dünndarm. Viel Darminhalt im Bauche. Spülung. Wegen der Schlaffheit des Darmes entschließt man sich, die Perforation als Ileostomie zu benutzen. Vollständiger Schluß der Bauchhöhle. Nach 2 Tagen stellt sich die Peristaltik wieder her. Nach 8 Tagen Auftreten eines stinkenden Abscesses auf der l. Beckenschaufel. Derselbe wird drainiert. Darnach rasche Heilung.

Nr. 2355. 50 j. Mann. Vor 39 Stunden Hufschlag gegen den Unterleib. Der Pat. legte sich sofort zu Bett und zog den Arzt zu. Erst nach 1½ Tagen Einlieferung mit den Zeichen einer diffusen Peritonitis. Es findet sich eine kleine Dünndarmruptur und ein großer serös-eitriger Erguß. Nicht viel gröbere Speiseteile. Spülung der Bauchhöhle mit großen Mengen Kochsalzlösung. Benutzung der Perforationsstelle als Darmfistel (nach Witzel). Vollständiger Schluß der Bauchhöhle. Glatte Heilung, spontaner Fistelschluß. Am 18. Tage beschwerdefrei entlassen.

Dünndarmerkrankungen (1 Fall: 1 M., † 0, op. 0). Nr. 3656. Enteritis. Diät. Heilung.

II. Erkrankungen des Dickdarmes.

a) Akute und subakute Entzündungen.

Colitis catarrhalis, haemorrhagica und dysenterica (8 Fälle: 6 M., 2 W., op. 3, † 1. Nr. 568, 675, 707, 752, 1944, 2469, 2530, 3438.

Die meisten Patienten waren unter der Diagnose Appendicitis eingeliefert. 3 davon hatten eine einfache Colitis catarrhalis, die unter Diät heilte. Ein Patient hatte eine ausgesprochene Druckempfindlichkeit der Coecalgegend. Angeblich hatte er schon 8 mal Blinddarmentzündung. Bei der Operation fand sich ein ganz normaler Wurmfortsatz, dagegen eine deutliche Hyperämie des Colon. Appendektomie. Die Erscheinungen schwanden bei der Diät.

Nr. 1944. Sigmoiditis. Appendicostomie. Spülungen. Besserung.

Nr. 2530. Dickdarmblutung unbekannter Herkunft. Bettruhe. Diät. Verschwinden der Erscheinungen.

Nr. 707. 29 j. Mann. Alkoholpsychose. 1910 mehrere Monate schwere blutige Durchfälle. Seit 4 Wochen wieder dasselbe Bild. Als Peritonitis diffusa eingewiesen. Zunächst konservative Behandlung. Zunahme der Anämie. Deshalb Laparotomie. Colon transversum ganz steif infiltriert, nicht vorzuziehen. Serosa mit kleinen Knötchen bedeckt. Typhlostomie zur Entlastung des Dickdarms. Es stellen sich bald Zeichen von Peritonitis ein. Am 2. Tage Exitus. Diffuse Peritonitis (wahrscheinlich durch die Anämie begünstigt). Keine insufficiente Stelle an der Typhlostomie. Schwere Colitis diphtherica. Es handelt sich nach dem bakteriologischen Befunde um Ruhr (Shiga Kruse).

b) Entzündungen des Colon.

Tuberkulose (5 Fälle: 1 M., 4 W., op. 5, † 2). Nr. 456, 1697, 1976, 3489, 3600.

Bei sämtlichen Patienten war der Sitz der tuberkulösen Entzündung das Coecum. Einmal (456) stellte die Probelaparotomie noch so schwere Veränderungen am übrigen Darme fest, daß ein Eingriff nicht vorgenommen werden konnte. Der Patient starb. Einmal (3489) mußte man sich wegen einer bestehenden Lungentuberkulose auf eine Ileocolostomie beschränken, die dem Patienten große Erleichterung brachte. Bei 3 Patienten wurde das Coecum reseciert (1697, 1976, 3600). Davon kam ein Fall (1976) zum Exitus. Die Darmnaht war insufficient geworden. Abgesehen von den in lokaler Anästhesie ausgeführten Probelaparotomien wurde stets Narkose angewandt.

c) Tumoren des Colon.

1. Gutartiger Tumor. Nr. 3602. Mastdarmpolyp. Exstirpation per anum. Heilung.

2. Carcinome des Colon. 7 Fälle: 2 M., 5 W., op. 7, † 2. Nr. 261. 832. 1311. 2335. 2369. 3093. 3456.

Es kamen zur Beobachtung je ein Carcinom am Coecum, am Colon ascendens und Colon transversum, 4 an der Flexura sigmoidea. 5 mal konnte der Tumor entfernt werden (1 Todesfall), 2 mal mußte man sich mit einer Colostomie begnügen. Bei einem Patienten (2335), bei dem Ileus bestand, wurde zuerst eine Colonfistel angelegt und erst in zweiter Sitzung nach Erholung des Darmes die Resektion der Stenose vorgenommen.

Es ist in der Klinik Prinzip, eine primäre Resektion nur dann vorzunehmen, wenn der Darm durch Kotstauung nicht geschädigt ist, andernfalls erst, wenn sich die Patienten von dem Ileus erholt haben.

In einem Falle, in dem von diesem Prinzip abgegangen wurde, kam es, obwohl oberhalb der Naht eine Fistel zur Entlastung des Darmes angelegt worden war, infolge der schlechten Beschaffenheit der Darmwand zu Nahtinsufficienz mit nachfolgender tödlicher Peritonitis.

Die Colostomien wurden in lokaler Anästhesie, die Resektionen in Narkose ausgeführt.

Colon: Varia.

Nr. 1221. 30 j. Mann. Seit 1904 Gallensteinanfälle mit Icterus. Deshalb 1907 Cholecystektomie. Darnach Anfälle mit Schmerzen im Leibe, starker Verstopfung und Ileussymptomen. Deshalb 1908 Ileosigmoideostomie. Bei der Operation wurde eine Vergrößerung der Lymphdrüsen im Bauche festgestellt, die für Tuberkulose angesprochen wurde. Seit 1905 Morphinist. Im letzten Jahre stellten sich wieder krampfartige Schmerzen im Leibe ein, die den Pat. in die Klinik führen. Vor einem Jahre Lues akquiriert, in letzter Zeit Lähmung des l. Beines durch spinale Lues, die auf mehrfache Salvarsankur schwand. Im Röntgenbild zeigt sich eine lange dauernde Stagnation von Wismut im Coecum. Laparotomie. Lösung der Ileosigmoideostomie, Resektion des Coecum, Colon ascendens und der Flexura hepatica. Ileocolostomie Seit zu Seit. Im Heilungsverlaufe noch mehrere Tage heftige Colonspasmen, die bei vorsichtiger Diät schwinden. Beschwerdefrei mit geregeltem Stuhlgange entlassen.

Nr. 1223. 34 j. Arzt. Ausgesprochene Colonspasmen. Auf die interne Abteilung verlegt.

Nr. 3435. Nachuntersuchung nach Resectio coeci carcinomatosi.

Nr. 3577. 55 j. Ingenieur. 1903 längere Zeit Schmerzen im Leibe. 1905 Behandlung wegen eines blutenden Magenulcus. Es wurde Blut erbrochen. Nachweis von Blut im Stuhl. Seither meist jeweils im Frühjahr und Herbste krampfartige Schmerzen im Leibe, die einige Wochen anhalten. Jetzt wieder seit einigen Wochen Schmerzen. Vor 2 Tagen nach Oeleinlauf Stuhlgang. Seither keine Schmerzen mehr. Das Röntgenbild gibt keinen Anhaltspunkt. Die Schmerzen treten während der Beobachtung trotz reichlicher Kost nicht mehr auf.

Pat. erhält Belladonna. Wiederbestellt für den Fall, daß neue Schmerzen auftreten. Pat. kam nicht mehr.

Nr. 3655. 24 j. Mädchen. Schon mehrmals im Krankenhause mit Schmerzen im Leibe. Das Röntgenbild zeigt starken Tiefstand des Colon transversum. Laparotomie. Annähen des Colon transversum an die von Peritoneum entblößte Bauchwand oberhalb des Nabels. Glatte Wundheilung. Das Colon steht im Röntgenbilde hoch; trotzdem werden noch Schmerzen geklagt.

Nr. 1766. 59 j. Mann. Hypochondrischer Sonderling (Arzt). Früher Dysenterie. Seither Beschwerden im Leibe. 1911 Exstirpation des verwachsenen Wurmfortsatzes. Trotzdem weitere Beschwerden und Verstopfung. Obwohl im Röntgenbild keine Verzögerung der Kotpassage nachweisbar ist, besteht Pat. auf der Resektion des Coecum, die ausgeführt wird. Trotzdem noch Beschwerden. Pat. verlangt gegen den ärztlichen Rat vollständige Ausschaltung des Colon durch Anlegen einer Ileosigmoideostomie. Das Ileum wird an der alten Ileocolostomie gelöst und ins Sigmoid eingepflanzt. Dann Durchtrennung des Colon descendens und Verschluß des terminalen Teiles, so daß nun Colon transversum und descendens ganz ausgeschaltet sind. Von jetzt an täglich breiiger Stuhl. Die Beschwerden sollen verschwunden sein.

Des weiteren kamen 7 Fälle von chronischer Obstipation vom Ascendenstypus zur Beobachtung, die jedoch auch durch Diät gebessert wurden. 4 Fälle von gewöhnlicher spastischer Obstipation ohne Bevorzugung eines Dickdarmabschnittes wurden durch Diät ebenfalls gebessert.

Bei einem jungen Mädchen mit sehr hartnäckiger Verstopfung ließ das Röntgenbild das S-Romanum als Sitz des Leidens erkennen. Die Pat. wurde veranlaßt 2 mal täglich nach den größeren Mahlzeiten zu Stuhl zu gehen. Nebenbei wurde etwas Regulin und Feigen gegeben. Nach wenigen Tagen konnte auch ohne jedes Mittel täglich Stuhl erzielt werden.

Ueber die Natur des Leidens gab auch im folgenden Falle das Röntgenbild Aufschluß.

Nr. 2558. 27 j. Mädchen. Unklare Beschwerden im Leibe. Früher Spitzenaffektion. Vor 2 Jahren Appendektomie. Das Röntgenbild zeigt enges Aneinanderliegen des stark schleifenförmig gesenkten Colon transversum und ascendens. Bei der Operation finden sich entsprechende Verwachsungen. Das Colon transversum wird gelöst und durch Fixierung des großen Netzes an die Bauchwand gehoben. Verschwinden der Beschwerden.

d) Coecum mobile. 8 Fälle: 8 W., op. 7, † 0. Nr. 238, 1826, 2583, 2680, 2721, 3027, 3221, 3751.

Sämtliche Patienten waren weiblichen Geschlechtes. 6 mal wurde operiert, 1 mal brachte Diät Besserung. Die klinische Diagnose wurde regelmäßig durch Röntgenaufnahme nach Wismutmahlzeit bestätigt. In allen 6 Fällen fanden sich bei der Operation sehr große Coeca. In 3 Fällen ließen sich die Beschwerden, die vorher als appendicitische Beschwerden aufgefaßt worden waren, erklären aus einer auffallenden Kürze des Mesenteriolums, das bei Coecumfüllung gezerrt wurde. Nach Appendektomie schwanden die Beschwerden. In einem dieser Fälle, in dem ein sehr großes Coecum bestand,

wurde noch eine Raffung des Coecum vorgenommen. Die bestehende Obstipation wurde gebessert. Einmal (2583) brachte die Fixation des mobilen Coecum Besserung der Verstopfung. 2 mal (1826 und 3221) mußte wegen der außerordentlichen Größe des Coecum und wegen der schon jahrelang bestehenden sehr schweren Verstopfung das Coecum und das Colon ascendens reseciert werden. Das Ileum wurde durch Verbindung End zu Seite in das Colon eingepflanzt. In beiden Fällen schwand die schwere Verstopfung ganz und die Patienten erholten sich sehr gut. Coecalausschaltungen wurden nicht mehr gemacht. Im Falle 238 war früher schon die Ausschaltung des Colon ascendens ausgeführt worden. Wegen schwerer periodischer Kotstauung im Coecum mußte jetzt die Resektion des Coecum und Colon ascendens ausgeführt werden. Glatte Heilung. Ganz beschwerdefrei entlassen. Täglich Stuhlgang. Der Eingriff wurde stets in Narkose ausgeführt. Störungen des Heilungsverlaufs wurden nicht beobachtet.

Varia.

9 Fälle: 7 M., 2 W., op. 5, † 1.

Nr. 574. 30 j. Mann. Großes cystisches Netzsarkom. Exstirpation. Heilung.

Nr. 3199. 21 j. Mann. Seit 4 Monaten Unwohlgefühl. Häufiges Aufstoßen. Verschieblicher intraperitonealer Tumor in der Nabelgegend. Es handelt sich um ein fast hühnereigroßes verkästes Drüsenpaket in der Radix mesenterii. Dasselbe wird ohne Gefäßverletzung ausgeschält. Es tritt etwas trockener Käse aus, der sorgfältig abgetupft wird. Uebernähung der ca. 10—12 cm langen, über die ganze Radix mesenterii verlaufenden Wunde, vollständiger Schluß der Bauchhöhle. Nach der Operation Darmparalyse, die nicht zu beheben ist. Deshalb 3 Tage post op. Ileostomie. Trotzdem keine Entleerung der stark dilatierten Schlingen. Exitus nach 6 Tagen. Obduktionsbefund: Darmparalyse. Leichte zirkumskripte Peritonitis (wahrscheinlich nicht Todesursache). Die Darmparalyse scheint bedingt durch die Operation an der Mesenterialwurzel.

Ferner kamen noch ein operables Bauchdeckensarkom, eine Hypochondrie, eine Hysterie, 2 Bauchdeckenfisteln, Verdauungsbeschwerden bei einem Säufer, Adhäsionsbeschwerden nach Laparotomie und eingebildete Beschwerden nach Verschlucken einer Nadel zur Beobachtung.

III. Plastische Operationen am Darm. 5 Fälle: 2 M. 3 W., op. 5, † 0.

Nr. 2245, 3620. Erweiterung des narbig verengerten Anus praeternaturalis nach Amputatio recti carcinomatosi.

Nr. 741. Schluß einer Ileostomie.

Nr. 1763. Schluß einer Coecalfistel nach Appendektomie. Heilung.

Nr. 1592. Schluß einer komplizierten Fistel der Flexura hepatica nach früherer appendicitischer Eiterung. Mit kleiner Kotfistel entlassen.

B. Erkrankungen des Peritoneums. 11 Fälle: 3 M., 8 W., op. 11, † 2.

I. Entzündungen.

a) Akute Entzündungen.

α) Akute, diffuse, eitrige Peritonitis (nicht appendicitischen Ursprungs. Staphyloc. Streptoc.) 4 Fälle: 1 M., 3 W., op. 4, † 2.
Nr. 466, 1946, 2842, 3300.

Nr. 466. 20 j. Mädchen. Seit 2 Tagen krank. Diffuse eitrige Peritonitis, deren Ausgangspunkt auch bei der Operation nicht gefunden wird. Streptokokken. Zugleich Gegenincision. Aronson'sches Antistreptokokkenserum ohne Erfolg. Exitus nach 2 Tagen. Die Obduktion ergibt keine Klärung.

Nr. 1946. 6 j. Mädchen. Seit 3 Tagen krank. Diffuse eitrige Peritonitis. Laparotomie. Quelle nicht zu finden. Kampferöl Drainage. Nach 2 Tagen Exitus. Quelle bei der Sektion nicht zu finden.

Nr. 2842. 21 j. Mädchen. Diffuse Staphylokokkenperitonitis. Drainage. Quelle unbekannt. Heilung.

Nr. 3300. 32 j. Mann. Diffuse Peritonitis. Quelle nicht zu finden. Drainage. Heilung.

In allen 4 Fällen wurde Appendektomie ausgeführt.

β) Pneumokokken und Gonokokkenperitonitis.
4 Fälle: 1 M., 3 W., op. 4, † 0.

Pneumokokken waren 1 mal, Gonokokken 3 mal die Erreger.

Nr. 311. 18 j. Mann. Vor 30 Stunden erkrankt. Als Appendicitis eingewiesen. Laparotomie. Appendix normal. Appendektomie. Quelle für die Eiterung nicht zu finden. Im Exsudat Pneumokokken in Reinkultur. Drainage. Heilung.

Bei einer Pat. (2403) wurden im Peritonealexsudat Gonokokken nachgewiesen, bei 2 andern 2515 und 2600 gelang dieser Nachweis nicht, doch sprach der Befund an den Adnexen für eine venerische Aetiologie. Im ersteren Falle wurde nur Probeincision ohne Drainage gemacht, bei den beiden anderen wurde drainiert. Alle 3 kamen zur Heilung..

b) Chronische Entzündungen des Peritoneums.
Peritonitis tuberculosa. 2 Fälle: 1 M., 1 W., † 0, op. 2. Nr. 369. 2625.

Tuberkulöse Peritonitis kam nur 2 mal in stationäre Behandlung.

Im Falle 369, der als appendicitischer Absceß eingewiesen war, brachte die Probelaparotomie und eine Probeexcision Klarheit. Es wurde eine Röntgenbehandlung eingeleitet und später zu klimatischer Kur übergegangen. Pat. begab sich etwas gebessert in hausärztliche Behandlung zurück.

Im Falle 2625 mußte wegen großer Beschwerden das Exsudat abgelassen werden. Eine Röntgenkur brachte zunächst Besserung. Später stellte sich ein Ileus ein, der eine Ileostomie nötig machte, die mehrere Monate bis zur Spontanheilung brauchte. Die Röntgenkur wurde neben Schmierseifen- und Salzbäderbehandlung fortgesetzt. Nach ca. 1 Jahr waren alle Anzeichen der Krankheit verschwunden.

c) Peritonitis carcinomatosa. 1 Fall: 1 W.

Nr. 2365. Es handelte sich um eine 45 j. Frau bei der vor Jahren ein Eierstockkrebs entfernt worden war. Die durch starken Peritonealerguß hervorgerufenen Beschwerden wurden 4 mal durch Punktionen gelindert. Der Tod trat zu Hause ein.

Ileus. 11 Fälle: 6 M., 5 W., op. 11, † 5.

Nr. 169, 199, 640, 1192, 1464, 1889, 2274, 2358, 2611, 2799, 3141.

Als Ursache des Ileus wurde 2 mal Gassperre an der Flexura lienalis, 2 mal Volvulus, 2 mal Obturation und 4 mal Strangulation festgestellt,

während 1 mal weder die Operation noch die Obduktion den zweifellos bestandenen Ileus erklärte.

4 mal lag das Hindernis im Bereiche des Colon, 7 mal im Bereiche des Ileum.

Abgesehen von einer Patientin mit Obturationsileus bei Carcinoma ovarii, die mehrere Wochen lebte, kamen nur Fälle von Ileumverschluß zum Exitus.

Im allgemeinen begnügte man sich mit einem möglichst kleinen Eingriff, soweit nicht die gefährdete Ernährung des Darmes eine sofortige Behebung des Hindernisses verlangte. Dementsprechend wurde 8 mal eine Darmfistel angelegt. In Fällen, bei denen Dünndarmfisteln angelegt werden mußten und die Reizung des Mastdarms der rektalen Ernährung ein Ziel setzten, leistete intravenöse Ernährung mit 5% Traubenzuckerlösung sehr gute Dienste. Andrerseits schien uns die rektale Verabreichung des aus der Dünndarmfistel fließenden wertvollen Darmsaftes, der mit Pepton etc. versetzt war, von Nutzen zu sein. Intravenöse Injektion von Adrenalin und Strophantin zusammen mit physiologischer Kochsalzlösung oder besonders Traubenzuckerlösung wirkten bei sinkendem Blutdruck hervorragend.

Bei den Fällen von Gassperre an der Flexura lienalis wurde zunächst eine Colostomie gemacht. Im Falle 169 wurde dann durch Implantation des vorher durchtrennten Colon transversum in das Colon descendens das Hindernis definitiv umgangen. Im Falle 199, in dem in erster Sitzung eine Coecostomie angelegt worden war, wurde die Gassperre definitiv durch hohe Fixation des stark gesenkten Quercolons behoben, so daß die Coecostomie ohne Schaden wieder geschlossen werden konnte. Der Volvulus betraf einmal (640) die Flexura sigmoidea, das andere Mal den Dünndarm (1464). Der Strangulationsileus forderte 3 Opfer. Die Gefahren liegen wohl auf 2 verschiedenen Gebieten: einesteils ist die Stauung des Dünndarminhalts gefährlicher insofern, als sie rasch zu Erbrechen großer Mengen eiweißreicher Flüssigkeit führt, die nebenbei leicht aspiriert werden, andererseits ist die Erschlaffung des Dünndarmgefäßsystems mit einer oft irreparabeln Blutdrucksenkung verbunden, die den Tod herbeiführt. Man hat oft den Eindruck, daß es oft besser ist, auch ein größeres Stück Dünndarm zu resecieren; um einen Teil des erschlafften Darmgefäßsystems auszuschalten. Es ist möglich, daß gerade die Aufhebung der Strangulation den Anlaß zur Blutdrucksenkung gibt.

e) Entzündungen des Wurmfortsatzes.

Die Zahl der Fälle stieg auf 256 (1908: 175, 1909: 191, 1910: 252, 1911: 228).

Auffallend ist der Rückgang der Intervalloperationen auf 38 Fälle (1909: 75, 1910: 71, 1911: 56). Dies ist als gutes Zeichen aufzufassen, da die Zahl der einfachen akuten Appendicitiden von 65 auf 116 Fälle gestiegen ist.

Die Zahl von 15 Todesfällen, bedingt durch die große Zahl der mit diffuser Peritonitis eingelieferten, ist mäßig hoch (fast 7%). Nach Intervall-

operationen verloren wir, wie in den 6 vorhergehenden Jahren, keinen Patienten.

I. Appendektomie im freien Intervall. 38 Fälle: 15 M., 23 W., op. 38, † 0.

Nr. 652, 673, 709, 726, 767, 837, 846, 847, 848, 944, 959, 1083, 1164, 1193, 1503, 1598, 1669, 1734, 1762, 1801, 1809, 1828, 1945, 2009, 2121, 2526, 2532, 2575, 2659, 2698, 2731, 2801, 2893, 2984, 3065, 3268, 3281, 3341.

Im Jahre 1912 kamen nur 38 Personen zur Appendektomie im Intervall. 12 hatten einen, 13 zwei, 5 drei, 2 vier Anfälle überstanden. 4 Personen hatten 1 und 2 Anfälle hinter sich, hatten aber chronische Beschwerden. 6 Personen hatten nie schwere Anfälle gehabt, hatten aber dauernd Zeichen von chronischer Appendicitis. Sämtliche 38 Fälle wurden geheilt. In 37 Fällen wurde die Bauchhöhle primär geschlossen, einmal war Drainage nötig, da noch Zeichen eitriger Entzündung vorhanden waren. 31 mal kam der Kreuzschnitt zur Anwendung, 4 mal der Schrägschnitt, 3 mal der Pararectalschnitt. 4 mal hatte früher eine Absceßeröffnung stattgefunden und es wurde zugleich mit der Appendektomie die Radikaloperation des Bauchbruches ausgeführt. 1 mal war der Anlaß zur Operation eine Fistel in der Lumbalgegend (1193). Der Blinddarm war angeblich auswärts entfernt. Bei der Operation fand sich jedoch ein aufgerollter Wurmfortsatz am Coecum angewachsen. Es war wahrscheinlich nur das Ende entfernt worden.

Im Falle 3268 hatte vor Jahren eine Perforation des Eiters in den Darm stattgefunden. Es bestanden chronische Beschwerden.

II. Appendicitis acuta et subacuta.

1. Gruppe. Appendicitis acuta et subacuta ohne oder mit geringfügiger lokaler Peritonitis. 116 Fälle: 75 M., 41 W., op. 106, † 0.

Nr. 182, 183, 200, 223, 267, 323, 399, 427, 464, 469, 479, 600, 628, 629, 648, 659, 686, 734, 763, 771, 790, 811, 818, 849, 885, 886, 914, 994, 998, 1004, 1081, 1111, 1112, 1121, 1157, 1158, 1190, 1310, 1359, 1413, 1463, 1472, 1476, 1479, 1493, 1511, 1531, 1561, 1622, 1626, 1631, 1654, 1660, 1693, 1717, 1719, 1749, 1753, 1771, 1776, 1788, 1796, 1802, 1806, 1848, 1850, 1877, 1916, 1951, 1981, 2017, 2045, ?. 2159, 2167, 2179, 2216, 2228, 2265, 2282, 2286, 2307, 2408, 2455, 2468, 2471, 2484, 2513, 2539, 2612, 2627, 2644, 2650, 2653, 2675, 2727, 2857, 2903, 2920, 2928, 3005, 3048, 3049, 3195, 3230, 3244, 3264, 3293, 3375, 3485, 3582, 3589, 3639, 3663, 3679, 3691.

Nicht operiert wurden 10 Fälle, teilweise weil der objektive Befund zu gering war, teilweise weil die Patienten nicht ihre Einwilligung zur Operation gaben. (Nr. 464, 686, 790, 818, 1479, 1719, 1877, 1951, 2653, 3375.)

Operiert wurden 106 Fälle ohne Todesfall. Bei 104 Fällen wurde die Appendektomie ausgeführt, darunter mußte bei 12 Fällen das Abdomen wegen Peritonitisgefahr drainiert werden. Im Falle 2167, bei dem starke Adipositas und erhebliche Infiltration des ganzen Fettgewebes der Ileocoecalgegend ohne Eiterung bestand, wurde auf Ektomie verzichtet und die

Coecalgegend drainiert. In einer zweiten Sitzung wurde später nach Rückgang der Entzündung die Appendektomie ausgeführt.

Einmal (223) wurde wegen ausgedehnter Entzündung der Coecalwand Coecumresektion und Ileocolostomie mit gutem Erfolge ausgeführt (vergl. Krankengeschichte).

81mal handelte es sich um den ersten Anfall, 15 mal um den zweiten, 14 mal um den dritten, 4 mal um den vierten, 1 mal um den 5. und 6. Anfall. 8 mal konnte Frühoperation am 1. Tage ausgeführt werden, die meisten Fälle kamen am 2., 3. und 4. Tage zur Operation.

Als Schnittmethode wurde 93 mal der Kreuzschnitt, 4 mal der Pararectalschnitt, 9 mal der Schrägschnitt angewandt. Nur 1 mal genügte lokale Anästhesie (dieselbe wurde nur in wenigen Fällen versucht).

Bauchdeckenabscesse kamen 8 mal nach der Operation zur Beobachtung.

Eine interessante Störung wurde im Heilungsverlaufe beobachtet (1493). Nach Entfernung eines retrocoecal gelegenen, schwer veränderten Wurmfortsatzes mußte drainiert werden. Gegen die Umgebung wurde mit Jodoformgaze abgestopft. Obwohl die Sekretion nach 8 Tagen schwand, blieb eine Pulsbeschleunigung bestehen, die sich schließlich als ein Jodbasedow erklären ließ (Lymphocytose, verlängerte Blutgerinnungszeit, Tremor, Tachycardie). Nach einigen Wochen gingen die Symptome zurück.

Nr. 233. 36 j. Frau. 1 Anfall, 3 Tag. Bei der Operation findet sich ein stark verdickter Wurmfortsatz. In der Kuppe des Coecum fühlt man eine nußgroße Geschwulst. Die Coecalwand ist bis ans Colon ascendens dick infiltriert. Es ist fraglich, ob es sich um akute Entzündung, um Tuberkulose oder Tumor handelt. Deshalb Resectio coeci und Ileocolostomie End zu Seite am Colon transversum. Glatte Heilung. An der Eintrittstelle des Wurmfortsatzes findet sich ein intramuraler Absceß in der Coecalwand.

2. Gruppe. Appendicitischer Absceß. 39 Fälle: 21 M., 18 W., op. 39, † 3.

Nr. 298, 334, 374, 403, 663, 865, 1053, 1078, 1211, 1280, 1333, 1355, 1503, 1550, 1638, 1736, 1894, 1926, 1943, 2030, 2041, 2173, 2198, 2344, 2629, 2719, 2889, 2913, 3226, 3354, 3442, 3480, 3502, 3508, 3528, 3588, 3635, 3711, 3756.

Weitaus in der Mehrzahl der Fälle kam es beim ersten Anfall zur Absceßbildung, und zwar wurde die Operation meist zwischen dem dritten und achten Krankheitstag ausgeführt. 18 mal konnte noch die Appendektomie ausgeführt werden, 21mal mußte man sich mit der Absceßeröffnung begnügen. In einem Falle 2041 bedingt ein zurückgebliebener Kotstein eine Fistel. Dieselbe schloß sich erst nach Entfernung mehrerer Fäden in einer dritten Sitzung. Im Falle 3354 mußte nach der Absceßincision noch ein Douglasabsceß rectal eröffnet werden. Im Falle 3508 entstand bei der rectalen Eröffnung eines Douglasabscesses eine Blasenfistel, die sich nach Einlegen eines Dauerkatheters rasch schloß.

Einen tödlichen Ausgang nahmen 3 Fälle (865, 3528 und 3588).

Nr. 865. 52 j. Mann. Seit ½ Jahr 6 Anfälle von Appendicitis. 2 mal Durchbruch von

Eiter in den Mastdarm, zuletzt vor 4 Tagen. Starke Gewichtsabnahme. Klinische Diagnose: Appendicitischer Absceß. 13. III. 13. Eröffnung des Abscesses. Drainage. Zunächst Wohlbefinden. In der Nacht plötzlich Exitus.

Bei der Obduktion findet sich abgesehen von der Schlaffheit des Herzens keine ausreichende Erklärung für den Tod. Es scheint sich um einen toxischen Herztod zu handeln.

Nr. 3528. 3½ j. Knabe. Seit 3 Tagen krank unter den Anzeichen von Blinddarmentzündung. I. Anfall. Klin. Diagnose: Appendicitischer Absceß. Appendektomie. Drainage. Zunächst glatter Verlauf. Die Wunde granuliert. Nach 5 Wochen Symptome von Darmverschluß. Anlegen einer Dünndarmfistel. Trotzdem am folgenden Tage Exitus. Bei der Obduktion findet sich ein Strang, der den Ileus verursacht hatte.

Nr. 3588. 13 j. Mädchen. Appendicitischer Absceß. I. Anfall, 5 Tag. Absceßeröffnung und Drainage. Nach 3 Tagen Feststellung und Eröffnung eines Douglasabscesses. Am 6. Tage nach der Operation Blutung aus dem Wundbette, dessen Quelle nicht zu finden ist. Tamponade. Eröffnung eines neuen Abscesses und Entfernung des gangränösen Wurmfortsatzes, der im Abscesse liegt. Am folgenden Morgen Exitus.

Obduktionsbefund: Sepsis. Diffuse eitrige Peritonitis. Der Absceß liegt retroperitoneal bis hinauf zum Nierenpol. Schwere retroperitoneale Phlegmone.

3. Gruppe. Appendicitis mit freier partieller Peritonitis. 48 Fälle: 37 M., 12 W., op. 48, † 2.

Nr. 265, 329, 444, 448, 506, 517, 687, 841, 847, 909, 934, 1001, 1032, 1189, 1194, 1215, 1293, 1387, 1523, 1651, 2161, 2299, 2333, 2379, 2607, 2661, 2678, 2717, 2747, 2760, 2904, 2951, 2989, 3117, 3171, 3227, 3275, 3288, 3291, 3299, 3362, 3397, 3523, 3650, 3666, 3713.

Bei sämtlichen 48 Fällen bestand eine ausgesprochene nicht abgekapselte eitrige Peritonitis in der Umgebung des Wurmfortsatzes, bei einer großen Anzahl davon ein freies eitriges Exsudat im Douglas. Der Douglas wurde in den letztgenannten Fällen von der Wunde aus drainiert, nachdem er ausgetupft war. Spülung des Douglas wurde 3 mal ohne Nachteil vorgenommen. 2 mal mußte sekundär ein Douglasabsceß vom Rectum aus eröffnet werden.

In sämtlichen Fällen wurde der Wurmfortsatz exstirpiert.

Die 2 Todesfälle (329 und 3117) betrafen Fälle, bei denen eine eitrige Thrombophlebitis der Vena ileocolica zu Leberabscessen geführt hatte. Auch die früh vorgenommene Unterbindung der Vasa ileocolica konnte die Patienten nicht retten.

Ein dritter Patient (1001) mit 2 Leberabscessen kam nach der Eröffnung der Abscesse zur Heilung. In allen 3 Fällen zeigten Schüttelfröste, Icterus und Urobilinurie die Leberinfektion an.

Bei weitaus den meisten Patienten (35) handelte es sich um den 1. Anfall, 9 mal um den 2., je 1 mal um den 3., 4., 5. und 6. Anfall.

1 mal kam der Patient am 1. Tag, 8 mal am 2., 26 mal am 3., 9 mal am 4., 2 mal am 5., 1 mal am 6. und 10. Tage zur Operation.

34 mal wurde ein Kreuzschnitt, 13 mal ein Schrägschnitt, 1 mal ein Pararectalschnitt benutzt.

Nr. 329. 23 j. Mann. Vor 5 Monaten Blinddarmentzündung, die konservativ behandelt wurde. Vor 3 Tagen erkrankt mit hohem Fieber, Schüttelfrost, Leibschmerzen und Erbre-

chen. Seit 3 Tagen Stuhl- und Windverhaltung. Bei der Aufnahme schwer krankes Aussehen. Zunge trocken, Puls 112, Temp. 38,3. Leichter Icterus. Blinddarm- und Blasengegend aufgetrieben, gespannt und sehr empfindlich. Bei der Operation finden sich ausgedehnte alte Verwachsungen des Netzes mit der Bauchwand. Freies eitriges Exsudat oberhalb der Blase zwischen den Darmschlingen. Der gangränöse Wurmfortsatz liegt in einem Absceß im Netze. Mesenteriolum sehr kurz, stark entzündet. Appendektomie. Austupfen des Exsudates und Drainage. Am 3. Tage Schüttelfrost, der sich 2—3 mal täglich wiederholt. Deshalb am 5. Tage Unterbindung der in eitrig infiltriertem Gewebe liegenden Vasa ileocolica. Trotzdem weiter Schüttelfröste. Am 8. Tage Blutung aus dem Netze, die mit Mikulicz-Tampon gestillt wird. Tägliche Wiederholung der Schüttelfröste. Zunahme des Icterus und der Urobilinurie. Sichtlicher Verfall. Punktion der Leber bleibt ohne Ergebnis. Am 13. Tage Exitus. Obduktionsbefund: Sepsis. Leberabscesse bedingt durch Pylephlebitis der Vena ileocolica und mesenterica magna.

Nr. 3117. 29 j. Mann. 1. Anfall, 3. Tag. Appendicitis gangraenosa, Peritonitis circumscripta libera, Appendektomie, Drainage. Trotzdem objektiv keine Besserung des Allgemeinbefindens. Auftreten von Icterus. Am 6. Tage Schüttelfrost. Sofort Unterbindung der in infiltriertem Mesocolon liegenden Vasa ileocolica. Sichtlicher Verfall. Am nächsten Tage Exitus. Obduktionsbefund: Eitrigjauchige Thrombophlebitis der Mesenterialvenen bis zum Pfortaderstamm, ausgehend von den Coecalvenen. Septischer Milztumor.

Nr. 1001. 36 j. Mann. Vor ½ Jahr 2 leichte Anfälle von Blinddarmentzündung. Jetzt vor 10 Tagen erkrankt mit Schmerzen in der r. Unterbauchgegend. In den letzten Tagen täglich Schüttelfröste. Urobilin im Urin nachweisbar. Appendektomie. Appendix weist einen Kotstein und eine kleine gangränöse Stelle auf. Drainage. Am 8. Tage Schüttelfrost. Am 9. Tage Eröffnung eines Abscesses, der der Unterfläche des r. Leberlappens anliegt. In der folgenden Zeit alle 3—4 Tage ein Schüttelfrost. Mehrfache Leberpunktionen ergeben keinen Absceß, obwohl rechts hinten ein deutliches Oedem nachweisbar ist. Am 38. Tage wird ein großer Douglasabsceß entleert. Am 51. Tage wird von der Medianlinie aus ein Leberabsceß eröffnet. Trotzdem keine Besserung. Erst 10 Tage später wird ein zweiter Leberabsceß in der r. Axillarlinie festgestellt und eröffnet. Dann Heilung.

4. Gruppe. Appendicitis perforativa mit diffuser eitriger Peritonitis. 15 Fälle: 8 M., 7 W., op. 15, † 10.

Nr. 342, 787, 893, 1008, 1149, 1326, 1523, 1533, 1620, 2054, 2445, 2900, 2932, 3191, 3292.

Weitaus die meisten Todesfälle hat natürlich die diffuse eitrige Peritonitis aufzuweisen. Immerhin wurden 33⅓% Heilungen erzielt. (787, 1326, 2932, 3292.) In 14 Fällen wurde die Appendektomie ausgeführt, 1 mal wurde nur drainiert. In allen Fällen wurde links gegenincidiert. 14 mal wurde die Peritonealhöhle mit großen Mengen von Kochsalzlösung gespült. Bei einem Teil dieser Fälle wurde darnach Kampferöl in die Bauchhöhle gebracht. In einem Falle wurde nur Kampferölung angewandt. Bei den 5 geheilten Fällen kamen beide Verfahren zur Anwendung. In einem Falle (3292), bei dem eine Darmparalyse bei der Operation bestand, wurde sofort eine Ileostomie gemacht. Man hatte den Eindruck, daß sie lebensrettend wirkte. In einem zweiten Falle gelang es, ein Kind, bei dem ebenfalls eine Dünndarmfistel angelegt werden mußte, durch intravenöse Traubenzuckerinfusionen 7 Tage am Leben zu erhalten. Leider starb das Kind an einer doppelseitigen

eitrigen Parotitis. Im Bauche fanden sich nur noch einige kleine Abscesse zwischen den Därmen. Die intravenöse Ernährung hat uns mehrfach, besonders bei Ileus und Darmverletzungen sehr gute Dienste geleistet. Die 5% Traubenzuckerlösung kann gut statt der physiologischen Kochsalzlösung zur intravenösen Infusion mit Adrenalin und Strophantin verwendet werden.

f) Erkrankungen der Leber, des Pankreas, der Milz und der Gallenwege.

(Bearbeitet von Dr. Walther Neumann.)

Im Jahre 1912 kamen insgesamt 178 obiger Organerkrankungsfälle zur Aufnahme, das sind 28 mehr wie im Vorjahre. Von diesen wurden 18 Fälle nicht operiert; gestorben ist davon keiner.

Von den operierten 160 Fällen starben insgesamt 11, das ergibt eine Gesamtmortalität von 6,9% (7,2% im Vorjahre). Auf diese 11 Todesfälle entfallen jedoch 3 Fälle von vorgeschrittenen Tumoren, einer von Pankreasabsceß.

Auf die reinen Gallenwegoperationen also, das sind noch 130, kommen deshalb nur 7 Todesfälle, das ergibt eine Mortalität von 5,4% gegen 4,7% im Vorjahre.

Bedenkt man noch weiterhin, daß sich diese Todesfälle bei Fällen ereigneten, die mit Peritonitis und Cholangitis in schwerkrankem Zustande hereinkamen, so erscheint das Resultat in diesem Jahre günstiger, wenigstens bezüglich der Mortalität.

Bei den chronischen Gallensteinfällen haben wir dieses Jahr also keinen Todesfall zu beklagen, auch nicht bei den Choledochusdrainagen und Anastomosen; alle konnten in gutem Zustande entlassen werden.

In der Technik der Schnittführung hat sich auch dieses Jahr nichts geändert. Bevorzugt ist wieder der Mesorectalschnitt, der in den meisten Fällen genügend Uebersicht bot; angewandt wurden auch Wellen- und Hakenschnitt. Zur Abtragung der Gallenblase wurde in der Regel die Gesamtligatur von Gallenblase mit Gefäßen ausgeführt, die gute Resultate ergab. Zur Ausführung der Anastomosen kam in diesem Jahre ausnahmslos die Drainrohrmethode nach Wilms in Verwendung, und zwar mit durchweg günstigem Erfolg.

Wenn auch weitaus in den meisten Fällen zur Schmerzbetäubung Narkose mit dem Dräger'schen Sauerstoffmischapparat angewandt wurde, so zeigt sich doch auch bei diesen Operationen eine immer größer werdende Vorliebe für die Lokalanästhesie, besonders bei den probatorischen Eingriffen.

Im einzelnen wurden folgende Operationen an Leber, Gallenwegen, Milz und Pankreas ausgeführt:

	1912		1911	
Leberabsceß	1		—	
Talmasche Operation	1		2	1+
Probelaparotomien	13	2+	13	1+
Punktion eines Ascites bei Cirrhosis hepatis	1		—	
Incision bei Pancreatitis	5	1+	1	1+
Splenektomie bei Ruptur	1		—	
Operationen bei Leberverletzung	2		—	
Hepatopexie	1		—	
Gastroenterostomie nach Cholecystektomie	3		—	
Lösung von Verwachsungen nach Cholecystektomie	—		3	
Fistelexcision bei Pankreascyste	—		1	
Ausräumen eines Hämatoms unter der Leber	—		1	
Cholecystostomie bei Steinen	4	1+	4	
„ bei Carcinom	1	1+	4	2+
Cholecystektomie bei Steinen	97	6+	74	3+
„ bei Carcinom	2		1	
Cholecystektomie mit Gastroenterostomie	1		1	
Choledochotomie und Hepaticusdrainage	19		24	1+
Anastomosen am Gallensystem	7		9	1+
Excision eines Fistelca.	—		1	
Resektion eines Carcinoms der Papilla Vateri	1		—	
Summa	160	11+	139	10+

A. Nichtoperierte Fälle (18 Fälle: 4 M., 14 W.).

Nr. 260, 2101, 1491, 786, 2095, 1831, 1655. — 7 Fälle akuter Cholelithiasis, bei denen die Erscheinungen so schnell abklangen., daß man zunächst von einer Operation Abstand nehmen konnte; sie boten keine Besonderheiten. Interessanter war

Nr. 777, bei dem sich eine Cholelithiasis mit Gravidität verband. Auch hier klangen die Erscheinungen ohne Operation so bald ab, daß von dieser abgesehen werden konnte.

Nr. 899, 2667, 3432, betreffen Fälle typischer, unkomplizierter Cholelithiasis, bei denen die vorgeschlagene Operation verweigert wurde. Sie mußten entlassen werden.

Nicht zur Operation kamen desgleichen ein Fall von Hydrops der Gallenblase (Nr. 938), der zur Operation wiederbestellt wurde, aber nicht erschien.

Nr. 2949, 2794 betreffen Beschwerden nach früherer Cholecystektomie, die in einem Falle wohl eine psychopatische Grundlage hatten, das andere Mal auf Adhäsionen beruhen durften. Beide Fälle wurden auf die med. Klinik verlegt.

Desgleichen kamen auf die med. Klinik (Nr. 377) ein Fall von zweifellosem Icterus catarrhalis. Weiter 1 Fall von Lebercirrhose (Nr. 605), bei dem von internistischer Seite die Ausführung der Talmaschen Operation wegen des geringen Ascites noch nicht für zweckmäßig erachtet wurde. Aus demselben Grunde wurde ein weiterer Fall von Lebercirrhose wieder entlassen.

Nr. 578 betrifft noch einen Fall von Icterus gravis bei einem enormen Gallenblasencarcinom mit Knoten in der Leber; es war in so desolatem Zustande eingeliefert worden,

daß eine Operation frevelhaft gewesen wäre. Der Fall konnte noch lebend wieder entlassen werden.

B. Operierte Fälle (ohne maligne Tumoren).

144 Fälle: 26 M., 118 W., 8 †.

I. Leber. 7 Fälle: 5 M., 2 W.

Nr. 3051, 3104, zwei Fälle von Cirrhosis hepatis. — Während bei dem einen des schlechten Kräftezustandes wegen nur eine Punktion des Ascites vorgenommen wird, wird bei dem zweiten versucht — unter Zugrundelegung der Talmaschen Idee — eine offene Verbindung zwischen Bauchraum und retroperitonealem Gewebe durch Einreißen des Peritoneums an der Dorsalseite herzustellen. Der Versuch mißlingt, der Ascites sammelt sich immer wieder an und muß schließlich durch Punktion entleert werden.

Zwei Fälle von Leberverletzung.

Nr. 2196. Autounfall: Fall mit der r. Oberbauchseite gegen den Windschutz des Autos, Leberruptur, Erguß in das Abdomen und die Pleura. Die Blutung steht von selbst, konservative Behandlung möglich. Bei dem Pat. fand sich noch eine Patellarfraktur. Entlassung erfolgte in beschwerdefreiem Zustande.

Nr. 151. Bauchschuß mit Platzpatrone: Ausgedehnte Verletzung des Leberrandes, Lebersubstanz zum Teil abgerissen. Ligamentum suspensorium hepatis geschwärzt und durchrissen. Leberwunden durch Catgutnähte geschlossen. Nachdem aus der Gallenblasengegend noch zwei Papierpfropfen entfernt sind, wird die Wunde teilweise geschlossen. Heilung p. sec. nach langer Eiterung. Im Verlaufe noch komplizierende Pneumonie. Schließlich geheilt entlassen.

Nr. 2865. Beschwerden durch Tiefstand einer großen Leber bei einer mageren Frau. — Hepatopexie an der vorderen Bauchwand mit gleichzeitiger Cholecystektomie der im übrigen nicht veränderten, etwas langen Gallenblase.

Gumma der Leber.

Nr. 1892. Diagnose durch Probeexcision bestätigt, die wegen des gleichzeitig vorhandenen Verdachts auf Tumor vorgenommen worden war. Wassermann war hier später stark positiv.

1 Fall von Leberabsceß, der zur Heilung kam. Nr. 853.

II. Pankreas. 5 Fälle: 4 M., 1 W., 1 †.

Nr. 746. Der Pat. war 2 Monate vor seiner Einlieferung mit Erscheinungen einer Peritonitis erkrankt. Die Operation konnte keine Peritonitis aufdecken, doch fand sich eine starke entzündliche Schwellung des Pankreas. Die Gegend wurde damals drainiert. Der Pat., der sich damals schließlich etwas erholt hatte, zeigte dann kurz vor seiner Einlieferung in die hiesige Klinik — also nach 2 Monaten — Erscheinungen von Darmstenose, wohl durch Verwachsungen bedingt. Es wird hier in Lokalanästhesie eine Jejunumfistel angelegt. Hierbei läßt sich das Pankreas als verdickt und hart fühlen. In den nächsten Tagen zunehmendes Spannungsgefühl im Abdomen und Schlechterwerden des Allgemeinzustandes und Pulses veranlaßt zu einem weiteren aktiven Vorgehen. Als dann oberhalb der Jejunumfistel noch ein großer mit Blut- und Fibringerinnseln ausgefüllter Hohlraum eröffnet und drainiert worden ist, tritt Besserung ein, und der Pat. erholt sich allmählich. Die Darmfistel schließt sich, und Pat. konnte gebessert entlassen werden. Die Pankreasfistel secernierte noch.

Nr. 3074. Pat. war vor 3 Tagen erkrankt, sieht peritonitisch aus, Abdomen mäßig aufgetrieben. Bei der Operation fand sich etwas Flüssigkeit im Abdomen, in der Pankreasgegend

Fibrinauflagerungen. Das Pankreas selbst ist hart und stark vergrößert. Auf Drainage des Abdomens hin erfolgt baldige Besserung. Pat. konnte beschwerdefrei mit geschlossener Fistel entlassen werden.

Nr. 3709 †. Es fanden sich hier Fettgewebsnekrosen und altes Blut im Pankreas. Dieses war außerdem im ganzen verdickt. Pat. starb am 19. Tag an einer interkurrenten Pneumonie. Sektion wurde verweigert.

Nr. 3640. Unter denselben Erscheinungen wie 3074 erkrankt. Bei der Operation fanden sich reichliche Fettgewebsnekrosen am Pankreas. Die Heilung wurde durch vorzeitigen Fistelschluß verzögert; nach Wiedereröffnung dann baldiges definitives Ausheilen der Fistel.

Pankreasabsceß.

Nr. 1845. 4 Wochen a. op. erkrankt mit Erbrechen, Schwitzen und Frieren. 5 Tage Obstipation, dann dauernd dünner Stuhl. Leib gespannt, Gefühl von Unbehagen. Kein Fieber. Diagnose ante op. unsicher. Bei der Operation wird im Pankreaskopf ein Absceß eröffnet, außerdem im Netz mehrere kleine Abscesse. Pat. konnte geheilt entlassen werden, nach unkompliziertem Verlauf.

III. Milz. 1 M.

Milzruptur.

Nr. 2546. Kind. Ueberfahrung durch Auto. Alle Zeichen einer schweren intraabdominellen Blutung. Bei der Operation fand sich die Milz im oberen Pol fast ganz durchgerissen, blutete stark. Unterbindung der Gefäße. Abtragung der Milz. Heilung p. p.

IV. Verdacht auf Gallensteine. 1 M.

Nr. 1856. Für Cholecystitis typische Beschwerden seit 2 Tagen. Leichte Temperatursteigerung. Probelaparotomie ergab normale Verhältnisse. Heilung ohne Störung.

V. Gallenwege. 130 Fälle: 15 M., 115 W., 7 †.

A. Fälle ohne Steine: 5 Fälle: 2 M., 3 W.

Nr. 2574. Fall von akuter Cholecystitis, bei dem bei der Operation eine in einen Netzklumpen eingebackene prall gefüllte Gallenblase, aber ohne Steine gefunden wurde. Nach Abstopfung Entleerung mittels Troikart, der zur Drainage einige Zeit liegen bleibt. Im Gallenblaseninhalt finden sich Staphylokokken; es besteht event. ein Zusammenhang mit einem 14 Tage vorher floride gewesenen Gesichtsfurunkel, bei dem Strepto- und Staphylokokken gefunden wurden. Der Fall wurde geheilt entlassen.

Nr. 3114. Akute Cholecystitis. Es fand sich eine stark entzündete, in Perforation begriffene Gallenblase ohne Steininhalt. Das Netz war, die Perforationsstelle deckend, heraufgeschlagen. Exsudat; Lokale Peritonitis. Die Gallenblase wird exstirpiert. Der Fall konnte geheilt entlassen werden.

Nr. 3496, 3238, 246 betreffen alles Fälle von Beschwerden nach früher ausgeführter Cholecystektomie, teils Schmerzen, teils Stenoseerscheinungen von seiten des Magens. Die Relaparotomie ergab in allen Fällen Verwachsungen im Bereich des Pylorus. Eine Gastroenterostomie brachte bei allen Besserung.

B. Gallensteine. 125 Fälle: 13 M., 112 W., 7 †.

1. Cholecystostomien. 3 W., 1 †.

Nr. 546. Hier war die Gallenblase stark geschrumpft und fest verwachsen. Da die Entfernung nicht ratsam erschien, wird nur eine Cystostomie gemacht, und die zahlreichen Steine ausgeräumt. Glatte Heilung, ohne Fistel entlassen.

Nr. 2918. Fall von akutem Empyem der Gallenblase bei einer auf Typhus verdächtigen Pat. Vom Mesorectalschnitt aus Punktion der Gallenblase. Diese ergibt Eiter, darauf Cystostomie. Der Eiter enthält Paratyphusbakterien. Verlegung auf die med. Klinik, wo der Heilungsverlauf ungestört vor sich ging.

Nr. 2729. †. Komplizierter Fall. Die Verhältnisse waren intra vitam nicht deutlich zu übersehen. Gallenblase und Leber sind mit Duodenum und Pylorus fest verwachsen. Perforation der Gallenblase in das Duodenum. Pylorusverschluß durch mehrere von der Duodenumseite her eingeklemmte Steine. Die Steine werden durch Pylorotomie entfernt, der Pylorus darauf wieder geschlossen. Darauf wird die Cystostomie angeschlossen, wobei viele Steine entfernt werden. Drainrohr in die Gallenblase. Der Exitus erfolgt am zweiten Tag post Op. — Die Sektion bestätigt den Operationsbefund; es finden sich weiterhin noch mehrere Perforationsstellen der Gallenblase nach hinten zu gelegen, wo sich auch noch ein größerer Absceß fand. Choledochus und Hepaticus waren ganz frei.

2. Cholecystektomien. 97 Fälle: 9 M., 88 W., 6 †.

a) Bei Empyem der Gallenblase. 17 W., 6 †.

Es sind dies alles Fälle, die im Zustande schwerster Erkrankung, zum Teil mit Peritonitis eingeliefert wurden.

Bei 3 Fällen war der Zustand so schlecht, daß man sich mit einer Incision und Drainage des peritonealen Eiterergusses begnügen mußte. Alle 3 Fälle starben, die Sektion ergab bei allen eine allgemeine Peritonitis, ausgegangen von einem perforierten Gallenblasenempyem. Nr. 1757, 2516, 1324.

Bei 3 weiteren Fällen, die starben, handelte es sich um Folgendes:

Nr. 1095. Ektomie bei Gallenblasenempyem. Exitus. Die Sektion ergab: Gallenerguß ins Peritoneum, beginnende Peritonitis, Stein im Choledochus. Bronchopneumonie.

Nr. 2059. Ektomie der eitergefüllten Gallenblase. Tod 13 Tage post op. an Miliartuberkulose. Die Gallenblase ist als Ausgangspunkt derselben nicht sicher nachgewiesen worden.

Nr. 913. Ektomie der perforierten eitergefüllten Gallenblase. Nach zunächst zufriedenstellendem Wundverlauf am 14. Tage wieder Temperatursteigerung. Herzschwäche und zunehmender, wohl septischer Icterus. Exitus 18 Tage post op. Die Sektion ergab eitrige Cholangitis und Pylephlebitis in der Leber mit fleckweiser Nekrobiose derselben.

Die andern Fälle, die sich ebenfalls in sehr schwer erkranktem Zustande befanden, konnten nach Ektomie der Gallenblase geheilt werden. Nr. 2330, 2604, 467, 1818, 2557, 2521, 3417, 1167, 2021.

Erwähnenswerte Besonderheiten boten nur 2 Fälle dar:

Nr. 2094. Hier wurde die Exstirpation der perforierten Gallenblase erst gemacht, nachdem 14 Tage vorher ein durch die Perforation entstandener pericholecystitischer Absceß incidiert worden war. Der Fall wurde geheilt.

Nr. 2628. Hier fanden sich im Empyemeiter Typhusbacillen, die auch einige Wochen nach der Ektomie immer noch im Stuhlgang nachweisbar waren. Pat. hatte vor 4 Jahren einen Typhus durchgemacht. Der Fall wurde zur weiteren Beobachtung der med. Klinik überwiesen.

b) Bei Hydrops der Gallenblase und Cysticusstein. 5 Fälle: 1 M., 4 W.

Nr. 3146, 1054, 1755, 2917, 2729.

Bei allen Fällen fand sich bei einer rein hydropischen, gestauten Gallenblase ein obturierender Stein im Cysticushals. Alle Fälle wurden durch die Ektomie zur Heilung gebracht.

c) Bei chronischer, recidivierender Cholelithiasis (steingefüllter Blase) und chronischer Cholecystitis. 75 Fälle: 8 M., 67 W.

Hierher zählen die meisten unserer Gallensteinoperationen. Es handelte sich in der Regel um glatte, klare Fälle, die auch bei der Operation besondere Schwierigkeiten nicht darboten und glatt erledigt werden konnten. Diejenigen Fälle, die besondere Verhältnisse darboten, sollen unten kurz erwähnt werden.

Todesfälle waren in diesem Jahre bei diesen Fällen nicht zu beklagen.

Glatte Fälle ohne Besonderheiten waren folgende:

Nr. 1316, 1482, 1548, 1787, 2317, 2500, 2755, 2934, 301, 3228, 928, 2212, 2871, 2393, 2110, 925, 582, 3710, 3752, 3736, 2748, 3194, 395, 696, 986, 822, 1714, 1890, 2028, 2060, 2416, 2879, 2754, 2733, 2673, 2645, 3120, 3068, 2755, 2404, 349, 1425, 1886, 1941, 1247, 2158, 1524. 910, 1556, 1618, 1533, 1786, 1398, 1712, 728, 1942, 1846, 665, 2020, 2317, 2160, 2330, 2015.

Besondere Fälle waren folgende:

Nr. 2230. Hier war die Gallenblase mit Colon und Duodenum verwachsen, der Pankreaskopf war verdickt. Fall Nr. 2075 war gegen Ende der sonst glatten Ektomieoperation durch eine Pleuritis tuberculosa kompliziert. Er konnte darnach geheilt entlassen werden. — Bei Nr. 1930 traten nach geheilter Ektomie immer noch Koliken auf, 1 mal soll auch leichter Icterus dabei gewesen sein. Bei der Wiederaufnahme konnte eine Ursache nicht festgestellt werden; bei der ersten Operation waren die tiefen Gallenwege frei befunden worden. Die Erscheinungen haben später nachgelassen.

Nr. 2540. Cholecystektomie. Es fand sich mikroskopisch in einem Stückchen des mit excidierten Leberbettes der exstirpierten Gallenblase eine Tuberkulose. Der Fall ging in Heilung aus, konnte ohne Fistel entlassen werden.

Nr. 3331, 218 betreffen Fälle, bei denen nach einer Cholecystostomie, die vor längerer Zeit gemacht worden war, ein Recidiv sich zeigte. Beide konnten durch die einfach auszuführende Ektomie der wieder mit Steinen gefüllten Gallenblase geheilt werden. Bei 3331 fanden sich als Besonderheit sowohl bei der Cystostomie, wie jetzt bei der Ektomie Paratyphusbakterien im Gallenblaseninhalt.

Bei Nr. 218 handelte es sich um eine gallige Peritonitis, ausgehend von der perforierten, nicht eitergefüllten Gallenblase. Ektomie und Drainage der Bauchhöhle brachten Heilung.

Nr. 3686 betraf einen Fall, bei dem 4 Wochen vorher bei Peritonitis, ausgehend von einem perforierten Gallenblasenempyem, eine Incision und Drainage der Bauchhöhle gemacht worden war. Nachdem die Frau sich wieder erholt hatte, wurde die hier etwas schwierige Ektomie der Blase ausgeführt. Der Heilungsverlauf gestaltete sich noch kompliziert durch eine bald wieder abklingende Pneumonie und weiter durch eine ebenfalls sich bald wieder schließende Duodenalfistel. Die Frau konnte schließlich geheilt entlassen werden.

Es folgen noch 3 Fälle, bei denen die Diagnose ante op. nicht mit Sicherheit gestellt werden konnte, die aber, da sie sich bei der Operation doch als Gallensteine entpuppten, besser hier eingereiht werden.

Bei Nr. 3619 handelte es sich um eine prall mit Galle und Steinen gefüllte Gallenblase, die entfernt wurde. Als weitere Teilursache der Beschwerden ließ sich eine rechtsseitige Ren mobilis tasten, die befestigt wurde. Heilung.

Nr. 3647 betraf einen Fall, bei dem man zunächst eher geneigt war, die Beschwerden auf eine wahrscheinlich incarcerierte Hernia cruralis dextra zu beziehen. Da diese Einklemmung jedoch nicht nachzuweisen war, ging man doch noch auf die Gallenblase ein, und entfernte eine verdickte, mit Steinen angefüllte Blase, die fest in Netzadhäsionen eingebettet lag. Der Fall konnte ebenfalls geheilt entlassen werden.

Nr. 3737 schließlich betraf noch einen Fall, bei dem die Beschwerden von seiten des Magens im Vordergrund standen. Auch hier zeigte die Operation eine steingefüllte, jedoch sonst ganz zarte Blase, die entfernt wurde.

Der Magenbeschwerden wegen wurde noch eine Gastroenterostomie angefügt. Pat. konnte beschwerdefrei entlassen werden.

3. Choledochotomie, verbunden mit Hepaticusdrainage. 19 Fälle: 3 M., 16 W.

Bei allen Fällen, mit Ausnahme von Nr. 503, war vorher die Ektomie der steingefüllten Gallenblase vorgenommen worden.

a) Bei Verdacht auf Steine im Choledochus, jedoch noch freier Passage nach dem Duodenum. 9 Fälle: 2 M., 7 W.

Hierher gehören zunächst die Fälle Nr. 2517, 3139, 1094, 2714, 2691, 1675. — Bei allen diesen Fällen wurden Steine im Choledochus festgestellt und entfernt; alle Patienten waren vor der Operation in ordentlichem Zustand bis auf Nr. 3139, der sehr heruntergekommen war; hier fand sich außerdem noch ein verdickter Pankreaskopf. Alle Fälle konnten geheilt entlassen werden, nur bei 2517 wurde der Erfolg noch eine Zeitlang durch eine schwere Neurasthenie getrübt. Auch dieser Patientin soll es jetzt gut gehen.

Nr. 3586 betraf einen Fall, bei dem vor ca. einem halben Jahre die Cholecystektomie wegen Steinbeschwerden gemacht worden war. Es zeigten sich jetzt Symptome einer zeitweisen leichten Behinderung des Gallenabflusses nach dem Darm. Bei der Operation fand man den Choledochus ca. in der Mitte durchtrennt, das periphere Lumen verengt und schwer zu finden. Hier fanden sich außerdem noch einige kleinere Steine. Ausführung einer neuen Verbindung der getrennten Lumina durch Einstecken eines Drainrohrstückchens in die beiden Enden. Das Rohr befand sich 3 Wochen post op. noch im Körper. Der Stuhl war nach der Operation dauernd gefärbt. Die Frau wurde auf ihren Wunsch in gutem Zustande mit kleiner granulierender Wunde entlassen.

Hier anzuschließen wären noch 2 Fälle (Nr. 958, 2808), bei denen die Choledochusdrainage mehr aus Sicherheitsgründen angelegt wurde. Steine waren hier keine im Choledochus zu finden. Es handelte sich hier um Fälle, bei denen die Abtragung der Gallenblase resp. des Cysticus so nahe am Choledochus erfolgt war, daß das Lumen des Choledochus seitlich klaffte und nicht dicht war. Die Hepaticusdrainage wurde hier bald entfernt, die Patienten konnten geheilt, mit geschlossener Fistel und freier Gallenpassage entlassen werden.

b) Bei zeitweise oder dauernd gehemmter Passage im Choledochus 10 Fälle: 1 M., 9 W.

Hierher rechnen zunächst 3 Fälle, die in schwer krankem Zustande eingeliefert wurden. Bei allen bestand der Verschluß schon längere Zeit. Die Gallenblase war bei diesen Fällen mit Eiter gefüllt.

Bei Nr. 2803 fand sich im speziellen noch der Choledochus voll von Steinen. Nr. 503 hatte einen großen Solitärstein, bei Nr. 516 saß ein Stein im Cysticushals eingeklemmt und verschloß den Choledochus so vollständig. — Während nun 516 und 2803 nach Ektomie der Gallenblase und Beseitigung des Steines bald entfieberten und sich erholten, war bei 503 der Heilungsverlauf etwas verzögert. Die Gallenblase konnte hier, da sie sehr fest verwachsen war, ohne Gefahr für die Pat. nicht entfernt werden, wurde deshalb nur drainiert und unterhielt so, zusammen mit der schon bestehenden Cholangitis, noch durch 18 Tage hindurch eine Temperatursteigerung. Darnach trat rasch Entfieberung und Heilung ein.

Alle 3 Fälle konnten geheilt entlassen werden.

Bei den übrigen 7 Fällen handelte es sich um nicht fiebernde Pat. in ordentlichem Zustande, bei denen lediglich die Folgen des mechanischen Verschlusses des Choledochus in Erscheinung traten. Alle Fälle konnten nach Beseitigung des Hindernisses und Choledochusdrainage geheilt werden.

Davon boten Nr. 3718, 1397, 2483, 2881 keine Besonderheiten dar; es handelte sich hier um zahlreiche leicht zu entfernende Steine im Choledochus. Zu erwähnen wären besonders hier noch: Nr. 2960, 3340. Bei beiden saß ein großer Solitärstein an der Papille. Der Choledochus war durch den Druck der Stauung auf Daumendicke dilatiert und hypertrophisch. Beide Steine ließen sich gut extrahieren. Heilung.

Nr. 2637. Hier war der normale Heilungsverlauf dadurch gestört, daß am 17. Tag post op. eine gallige Peritonitis auftrat, die sich nach Relaparotomie und Spülung bald besserte. Außerdem schloß sich gleich darauf eine Frühgeburt im 7. Monat an. Wochenbett und weiterer Verlauf waren dann ohne Besonderheiten. Heilung.

4. Anastomosen an den Gallenwegen (vergl. auch bei Carcinom). 6 Fälle: 1 M., 5 W.

Bei allen Fällen handelte es sich um eine nicht zu beseitigende Unwegsamkeit des Choledochus an der Papille; bei allen Fällen wurde die Plastik nach Wilms mittels Gummidrain ausgeführt, die bei allen zur Zeit der Entlassung noch gut funktionierte.

Bei einem Falle handelte es sich um ein Recidiv nach einer im Jahre vorher ausgeführten Plastik.

Nr. 224 betrifft zunächst dieses Recidiv. Der Fall war 1911 operiert (1731/11). 3 Monate nach der Entlassung wurde das Röhrchen erbrochen. Während bis dahin Wohlbefinden herrschte, traten darnach die alten Beschwerden wieder auf. Vorher kein Icterus, gefärbter Stuhl, jetzt wieder Icterus. Schüttelfröste und Fieber. Die Relaparotomie zeigte zunächst enorme Verwachsungen. Nachdem der Magen einigermaßen abgelöst war, ließ sich nach einigem Suchen im Narbengewebe ein Galle führender Gang finden, der Bilirubingries enthielt. Der Gang wurde stumpf erweitert, ein Drainrohr eingeführt und mit Catgut fixiert. Das andere Ende wird nach Art einer Witzel'schen Fistel in den Magen eingeführt. Das Röhrchen heilte diesmal ebenfalls ein und nahm die geforderte Funktion auf: Der Stuhl

war gefärbt, der Icterus verschwand, die Fistel schloß sich. Die Frau konnte bedeutend gebessert entlassen werden.

Nr. 3386, 631 betreffen 2 Fälle, bei denen an der Papille ein nicht zu beseitigendes Hindernis saß; ob Stein oder gar Tumor, das ließ sich nicht entscheiden. Bei allen wurde in eine Oeffnung des Choledochus ein Drain eingenäht, dessen anderes Ende in das Duodenum versenkt wurde. Das Röhrchen heilte hier glatt ein und übernahm den Galletransport. Die Gallenstauung verschwand hier vollständig. Die Pat. konnten geheilt entlassen werden.

Bei Nr. 1810 handelte es sich um ähnliche Hindernisse an der Papille, nur ließ sich der Stein mit der Sonde nach dem Duodenum durchstoßen. In der Befürchtung einer doch eventuell möglichen späteren Verlegung der Passage wurde auch hier ein Drainrohr nach Analogie der oben angeführten Fälle eingelegt. Auch dieses heilte ein und trat in Funktion.

Bei 3119 bestand ebenfalls ein Hindernis an der Papille, welcher Art, war hier mit Sicherheit nicht festzustellen. Da der Choledochus hier nicht gut zu erreichen war, wurde die Gallenblase zur Anastomose benutzt. Sie wurde zunächst punktiert und aus ihr reichlich Galle entleert. Darnach wurde ein Drain in die Gallenblasenöffnung gebracht, das andere Ende in den Magen eingeführt. Magen und Gallenblase wurden noch nach Möglichkeit einander genähert. Die Anastomose trat in Funktion, die Pat. konnte gebessert entlassen werden.

Nr. 2103 schließlich betrifft einen Fall, bei dem 4 Monate vor der Aufnahme eine Cholecystektomie gemacht worden war. Damals war der Choledochus frei. Es trat jetzt neuerdings eine Unwegsamkeit des Choledochus auf. Die Relaparotomie ergab Steine im Choledochus und an der Papille ein nicht sicher zu differenzierendes Hindernis, das nicht zu beseitigen war, und in diesem Falle wahrscheinlich auch ein Stein war. Da der elende Zustand der Frau eine baldige Beendigung der Operation gebot, wurde eine Drainrohrverbindung nach Wilms zwischen Choledochus und Duodenum angelegt. Die Frau konnte mit geschlossener Wunde und gut arbeitender Anastomose sehr gebessert entlassen werden.

C. Carcinome und Sarkome. 16 Fälle: 3 M., 13 W., 3 †.

Es wurden beobachtet:

3 Fälle von Lebertumoren. 1 †.

Nr. 2499. Große cystische Hämangiosarkome der Leber, Diagnose wurde durch Probeexcision sichergestellt. Die Wunde schloß sich nur sehr langsam. Pat. konnte in leidlichem Zustand entlassen werden.

Nr. 3594. †. Primäres Lebersarkom. Die Diagnose wurde ebenfalls durch Probeexcision gesichert. Nach Probelaparotomie trat rascher Verfall ein; Exitus 5 Tage post op. Die Sektion ergab ein primäres metastasierendes Blastom der Leber. Es fanden sich Metastasen in den lumbalen, portalen und unteren cervikalen Lymphdrüsen.

Nr. 535. Carcinommetastasen in der Leber, wahrscheinlich von einem vor 2½ Jahren exstirpierten Mammacarcinom herrührend. Der Fall konnte nach Probelaparotomie noch lebend entlassen werden.

Weiter wurden beobachtet:

8 Carcinome der Gallenblase. 1 †.

Davon konnten 2 gut operativ entfernt werden, die Patienten wurden in gutem Zustande entlassen (Nr. 322, 903).

Die übrigen waren inoperabel. Von diesen starb noch ein Fall an Cholangitis (Nr. 2345). Die Sektion ergab Steine im Choledochus und der Gallenblase; eitrige Cholangitis; Leberabscesse; ausgedehnte Verwachsun-

gen der mit Decubitalnekrosen durchsetzten Gallenblase mit Duodenum und Colon transversum.

Die andern Fälle konnten nach Probelaparotomie in noch leidlichem Zustande entlassen werden. Nr. 1680, 3164, 1958, 1237, 3201.

Carcinome des Pankreas.

Es kamen 4 Fälle zur Beobachtung, es starb davon einer, Nr. 1110. Es handelte sich hier um vollständigen Papillenverschluß. Nach Punktion der Gallenblase, die eitrigen Schleim enthält, wird eine palliative Cystostomie angelegt. 8 Tage post. op. erfolgt der Exitus unter zunehmender Schwäche. Die Sektion ergab ein scirrhöses Carcinom des Pankreaskopfes, das auf die Gallengänge übergegriffen hatte.

Nr. 3323 betraf ein inoperables Pankreascarcinom. Pat. konnte nach Probelaparotomie in noch leidlichem Zustande entlassen werden.

Desgleichen Nr. 1639. Hierbei Komplikation durch pneumonischen Herd im r. Unterlappen (Infarkte). Auch dieser Pat. konnte in leidlichem Zustand entlassen werden.

Bei Nr. 3646, bei dem der Pankreastumor eine Behinderung der Gallenpassage gemacht hatte, wurde mittels eines kurzen Gummidrains eine Cholecysto-Gastrostomie hergestellt. Pat. konnte in leidlichem Zustande entlassen werden.

Es bleibt schließlich noch ein Fall von zirkumskriptem Carcinom der Papilla vateri, das zunächst bei der Operation wegen seiner Härte als eingekeilter Stein imponierte. Choledochotomie; der eingeführte Finger tastet an der Papille ein Hindernis, das nach leichtem Drücken durchstoßen wird, dabei reißt die Papille ein. Es handelte sich also nicht um einen Stein, sondern um einen Tumor der Papille, der bei der nun geschaffenen Sachlage entfernt werden mußte. Transduodenale Resektion des Tumors mit einem Stücke des daran hängenden Pankreas. Naht des Duodenums, Drainrohrverbindung zwischen Choledochus und Duodenum, die einander ziemlich genähert werden können. Gastroenterostomia posterior wird noch angeschlossen. Pat. erholt sich, die Anastomose hat die geforderte Tätigkeit aufgenommen, die Duodenalnaht hält. Die Frau konnte nach 3 Wochen in ordentlichem Zustande entlassen werden. — Die Pat. kam 6 Monate post op. zur Nachuntersuchung. Sie befindet sich in recht gutem Zustand, hat an Gewicht zugenommen. Das Röhrchen hatte sie 8 Wochen post op. erbrochen, trotzdem hat sich die Verbindung zwischen Choledochus und Duodenum erhalten, da der Stuhl in der Regel gut gefärbt ist und nur manchmal etwas heller sein soll. Der Icterus, der vor der Operation hochgradig war, ist jetzt vollkommen verschwunden. Die Wunde ist völlig zugeheilt, die Pankreasfistel hat sich geschlossen (Nr. 2971).

g) Hernien.

(Bearbeitet von Dr. Rost.)

Die Gesamtzahl der im Jahre 1912 aufgenommenen Hernien betrug 475 (395 M., 80 W.) gegenüber 424 Patienten im Vorjahr. 9 Todesfälle. Die Operationen wurden bei Erwachsenen meist in Lokalanästhesie ausgeführt.

A. Nicht eingeklemmte Hernien.

I. Leistenbrüche. (329 M., 32 W., 3 †.)

Von Operationen wurde bei den Leistenhernien der Erwachsenen in der Regel die Bassini'sche ausgeführt, einigemale die Kocher'sche, bei Kindern

die Ferrari'sche. Bei kleinen Brüchen begnügten wir uns mit einer Kanalnaht, oder bei Kindern mit der Czerny'schen Pfeilernaht. 1 mal Fascienplastik. Von den zu dieser Gruppe gehörenden Brüchen waren einseitig 299 (269 M., 30 W.), doppelseitig 62 (60 M., 2 W.). Nicht operiert wurden 7 Fälle. Recidiv-Hernien waren 289, 321, 333, 620, 1018, 1823, 1752, 3050, 160, 1585. Letzteres war ein doppelseitiges Recidiv, das doppelseitig operiert wurde und an Embolie ad exitum kam. Bei gewöhnlichem, einseitigem Bassini kamen 2 Exitus durch Embolie vor (2964 und 3378). Von Komplikationen wurden einigemale Pneumonien beobachtet, ein Fall bekam einen Paratyphus (2796). Eine Riesenhernie mit Lues war 1422. Als Gleithernien sind in den Krankengeschichten besonders angeführt 2654 und 1895. Einigemale fand sich ein Appendix im Bruchsack, der abgetragen wurde. 1086 hatte außer 2 Leistenbrüchen einen Schenkelbruch und eine epigastrische Hernie. Nur die ersteren wurden operiert. 1379 war ein Leisten- und Schenkelbruch.

II. Schenkelbrüche (16 M., 25 W.).

1 Fall wurde nicht operiert. 164 wurde mit Schluß der Bruchpforte durch Transplantation eines Stückes der Fascia lata geheilt. 1825 war dadurch kompliziert, daß bei bestehender Thrombophlebitis zunächst die Vena saphena unterbunden und erst 5 Tage später der Bruch geschlossen wurde. In den anderen Fällen wurde die allgemein übliche Radikaloperation mit Annähen des Lig. Pouparti an das Periost des Schambeinastes oder die Fascia pectinea ausgeführt.

III. Epigastrische Brüche (17 M., 2 W.).

Radikaloperation in Etagennaht; glatte Heilung in allen Fällen. 2751 wurde zugleich wegen ulcus callosum pylori nach Billroth II reseciert; glatte Heilung.

IV. Nabelbrüche (11 M., 1 W.).

1 Recidivoperation. Nach Abtragung des Bruchsacks wurde die Bruchpforte etagenförmig vernäht.

V. Postoperative Bauchbrüche (13 M., 10 W.).

Sie waren aufgetreten nach früherer Appendicitis, bezüglich Spaltung appendicitischer Abscesse. Die Bruchpforten wurden durch Etagennaht geschlossen. In den Fällen, in denen der Appendix bei der ersten Operation nicht entfernt worden war, wurde dies bei der Bruchoperation nachgeholt. Ueberall glatte Heilung.

B. Eingeklemmte Brüche (24 M., 20 W., 6 †).

22 Leistenbrüche (21 M., 1 W.), 17 Schenkelbrüche (2 M. 15 W.), 5 Nabelbrüche (1 M., 4 W.). Der jüngste Patient mit eingeklemmtem Leistenbruch war 14 Wochen alt (179). Als Recidiv nach einer früheren Bruchoperation trat Incarceration bei 1686 auf. Littre'sche Hernien bei Schenkelbrüchen waren 3569 und 3165, letzterer starb an Pneumonie. Bei Fall 206 wurde zuerst nur eine Enterostomie ausgeführt und später eine Enteroanastomose angeschlossen. Die Fistel schloß sich jedoch auch danach nicht und Patient

starb am 45. Tage post. operationem. Ein weiterer Fall (Schüle) mit Darmresektion starb an diffuser Peritonitis wegen undichter Naht. 1979, wo die Einklemmung schon mehrere Tage bestanden hatte, starb wenige Stunden nach der Operation an Herzschwäche. Die Resektionsstelle war nicht durchgängig. 2858, 81 jähriger Mann (Nabelbruch), war die ersten 3 Tage nach der Operation ganz wohl, verfiel dann plötzlich ohne besondere Klage und starb, wie die Sektion zeigte, an Appendicitis mit beginnender Peritonitis.

4. Harnorgane, Geschlechtsorgane, Becken und Rectum.

a) Harnorgane.

(Bearbeitet von Dr. Franke.)

(69 Fälle: 43 M., 26 W., 7 †.)

Nieren und Ureteren.

(38 Fälle: 17 M., 21 W., 5 †.)

I. Verletzungen (2 Fälle, M.).

Es handelt sich in beiden Fällen (Nr. 2251 und 3066) um die Einwirkung einer stumpfen Gewalt auf die Nierengegend ohne äußere Verletzungen. Der Urin enthielt bei beiden nur geringe Mengen Blut und unter Bettruhe trat schnell Heilung ein.

II. Entzündungen (20 Fälle: 8 M., 12 W., 2 †).

1. Pyelitis und Pyelonephritis (13 Fälle, 3 M., 10 W., 1 †).

Die Diagnose wurde durch Cystoskop und Ureterkatheter meist gesichert, nur bei 2 Kindern (Nr. 1726 und 1913) Mädchen von 9 resp. 11 Jahren, haben wir darauf verzichtet. 3 Patientinnen waren gravid (Nr. 2143, 3213 und 3585) und eine hatte die ersten Anfälle einen Monat vor der Aufnahme im Wochenbett bekommen, nachdem sie kurz vor der Geburt schon einen Schüttelfrost gehabt hatte (Nr. 284).

Unter konservativer Therapie einschließlich Ureterkatheter und Nierenbeckenspülung trat Heilung des akuten Anfalles ein, nur eine Patientin reagierte nicht darauf (Nr. 2143). Sie war im 7. Monat gravid; kurz nach der Einlieferung (Wagenfahrt von 5 Stunden) trat spontan die Frühgeburt ein, aber Fieber und Schüttelfröste blieben bestehen. Deshalb am 3. Tage Nephrotomie rechts mit Eröffnung von miliaren Abscessen. Exitus am selben Abend. Sektion: Miliare Abscesse in beiden Nieren.

Die Entlassung erfolgte aus räumlichen Gründen schnell nach dem Abklingen der akuten Anfälle, so daß über die bakteriologische Ausheilung Angaben nicht gemacht werden können.

2. Tuberkulose (7 Fälle, 5 M., 2 W., 1 †).

Operiert wurden zwei Patienten, beide mit linksseitiger Erkrankung. Nr. 540 hatte bei der Entlassung, einen Monat nach der Operation, noch eine Fistel am eingenähten Ureterstumpf, Nr. 3086 wurde gleichfalls nach einem

Monat entlassen, kam aber 6 Wochen später mit einer Tuberkulose der Wunde nochmals zur Aufnahme. Besserung durch Röntgenbestrahlung.

Von den übrigen Patienten konnte einer, Nr. 1124, nicht operiert werden, weil er die Zustimmung nicht gab, zwei weitere verweigerten sogar die Cystoskopie (Nr. 1321 und 2792) und mußten entlassen werden, und die übrigen zwei hatten doppelseitige Nierenerkrankung neben anderweitiger Tuberkulose (Nr. 416 und 494). Nr. 416 starb nach 3 Monaten in der Klinik und die Sektion bestätigte die Diagnose.

III. Steinnieren (2 Fälle: 1 M., 1 W., 1 †).

Bei einer Patientin (Nr. 993) wurde durch das Röntgenbild ein Stein im rechten Nierenbecken nachgewiesen. Seit 7 Jahren bestanden kolikartige Schmerzen. Die Einwilligung zur Operation wurde verweigert.

Nr. 1791, der andere Patient, kam mit kompletter Anurie. Nach rechtsseitiger Nephrotomie und Drainage des Nierenbeckens kam die Sekretion wieder in Gang. Die Urinmenge betrug täglich 2000—2400 ccm. Trotzdem trat 5 Tage später der Exitus ein. Die Sektion zeigte einen Stein im rechten Ureter und zahlreiche im linken Nierenbecken.

IV. Wandernieren (4 Fälle 1 M., 3 W.).

Bei einer Patientin (Nr. 2003) war im Jahre 1905 und 1906 beiderseits die Nephropexie gemacht. Es bestanden noch immer Beschwerden, aber der Verdacht auf Steine wurde durch das Röntgenbild nicht bestätigt und die Patientin wieder entlassen.

Die anderen drei, Nr. 727, 1266 und 1593 wurden mit der Nephropexie behandelt in der Weise, daß die Capsula fibrosa an der Hinterfläche der Niere vom Hilus gegen den konvexen Rand der Nieren hin abgelöst, und dieser Lappen in der Rückenmuskulatur festgenäht wurde. Nur Nr. 1266 behielt die früheren Beschwerden, die erst nach einer noch in demselben Jahre ausgeführten Hepatopexie verschwanden.

V. Hydronephrose (4 Fälle, 1 M., 3 W., 1 †).

In 2 Fällen, Nr. 3662 und 3734, wurde, beide Male links, die Nephrektomie gemacht, da die Chromocystoskopie eine normal funktionierende rechte Niere gezeigt hatte. Es erfolgte glatte Heilung. In Nr. 3662 war die Ursache der Nierenveränderung wahrscheinlich ein an der Uretermündung sitzendes Papillom, zu dessen Operation die Patientin aber später nicht mehr bereit war, weil sie keine Beschwerden hatte.

In einem weiteren Falle, Nr. 2724, wurde gleichfalls bei hochgradiger Hydronephrose rechts die Ektomie gemacht. 5 Tage später Exitus an Urämie. Die Sektion zeigte eine atrophische linke Niere. Die funktionelle Prüfung war vor der Operation verabsäumt worden.

Im 4. Falle, Nr. 1893, fand sich eine vielkammerige kongenitale Cystenniere links. Es wurden 20—30 Cysten incidiert und die Niere darauf reponiert. Nach glatter Heilung waren die vorherbestehenden Schmerzen und das Druckgefühl verschwunden, die Urinmenge reichlich.

VI. Tumoren (4 Fälle: 3 M., 1 W., 1 †).

Operiert wurden 2 Fälle, Nr. 152 und 1363. Der Befund war bei beiden zimlich der gleiche. Rechts unter dem Rippenbogen kindskopfgroße Tumoren zu palpieren, die bei der Operation nicht radikal zu entfernen waren, weil sie median mit Aorta und Cava verwachsen waren. Es blieben daher an dieser Stelle beidemale Reste zurück. Die Wundheilung erfolgte glatt, aber Nr. 1363 starb nach 10 Tagen plötzlich an einer Lungenembolie und der andere ist inzwischen zu Hause seinem Recidiv erlegen trotz energischer Röntgenbestrahlung. Von den übrigen beiden hatte Nr. 1002 einen großen palpablen Tumor zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm und aus dem linken Ureter kam blutiger Urin. Nr. 1187 hatte keinen Tatbefund, aber kolikartige Schmerzen rechts mit blutigem Urin. Das Blut stammte aus dem rechten Ureter, wie die Cystoskopie zeigte, das Röntgenbild ließ in beiden Fällen Steine nicht erkennen und es handelte sich wahrscheinlich um Tumoren, zu deren Operation die Patienten aber nicht bereit waren.

VII. Unsicher in der Diagnose blieben zwei weitere Fälle (1 M., 1 W.).

Nr. 509. Wurde wegen sekundärer Lues mit intravenösen Salvarsaninjektionen behandelt (auswärts). 2 Tage vor der Aufnahme plötzlich Schmerzen in der r. Flanke. Bei der Aufnahme Urin stark eiweißhaltig. Am nächsten Tage ging die Temperatur herab, aber es stellten sich Tobsuchtsanfälle ein wegen deren die Pat. auf die psychiatrische Klinik verlegt wurde.

Nr. 3735 hatte seit etwa 1 Jahre häufig anfallsweise Schmerzen in der r. Flanke. Der Urin soll dabei einigemale blutig gewesen sein. Röntgenbild: Kein Stein. Cystoskopie: wegen einer Blutung durch kleine Verletzung nach auswärts gemachter Cystoskopie ist nichts zu sehen. Nephrotomie rechts. Vielleicht leichte Knickung des Ureters, sonst kein pathologischer Befund. Dekapsulation der Niere. Glatte Wundheilung. Entlassen in subjektivem Wohlbefinden.

Harnblase.

(22 Fälle: 17 M., 5 W., 2 †.)

a) Fremdkörper (2 Fälle: 1 M., 1 W.).

Nr. 1240. Alter Mann mit Prostatahypertrophie, dem der Katheter in der Blase abgebrochen war. Perineale Prostatektomie nach Wilms und zugleich Entfernung des Katheters.

Nr. 1640. Das junge Mädchen hatte sich vor 2 Jahren in masturbatorischer Absicht eine Haarnadel durch die Harnröhre in die Blase geschoben. Das Röntgenbild bestätigte die Angabe und zeigte zugleich einen großen Stein um den Fremdkörper. Entfernung durch Sectio alta. In beiden Fällen erfolgte glatte Heilung.

b) Verletzungen (1 Fall. M. †).

War 25 Stunden vor der Einlieferung in der Trunkenheit bei stark gefüllter Blase auf den Bauch gefallen und bot das typische Bild der diffusen Peritonitis. Blase leer seit dem Unfall. Nach der Laparotomie wurde der Riß in der Blase genäht und die Bauchhöhle gespült und drainiert. Wegen hartnäckiger Darmlähmung später Ileostomie. Exitus trotz Kochsalzinfusionen und Excitantien nach 54 Stunden. Sektion: Blasennat sufficient.

c) Entzündungen (9 Fälle, 7 M., 2 W.).

2 Patienten, Nr. 282 und 2193 hatten eine Cystitis infolge von Rückenmarksleiden und wurden durch innere Mittel und Blasenspülungen gebessert.

Nr. 3280 hatte eine Cystitis, wahrscheinlich nach Durchbruch eines Prostataabscesses in die Blase. Behandlung mit Blasenspülungen und Urotropin, später auf die med. Klinik verlegt.

Nr. 3591, ein senil dementer Mann mit Cystitis wurde nach 2 Tagen entlassen.

Nr. 2694 verließ nach wenigen Tagen die Klinik auf eigenen Wunsch. Die Ursache der Cystitis war noch nicht klar.

Nr. 1555 war vor 1894 wegen Blasenscheidenfistel mehrfach in der Klinik operiert, zuletzt mit Erfolg. Sie hatte jetzt eine Cystitis, die durch Blasenspülungen und interne Mittel gebessert wurde.

Nr. 1071, 3000 und 3214 waren zunächst auf Tuberkulose verdächtig, aber die Untersuchung mit dem Ureterencystoskop ergab intakte Nieren. Die Pat. wurden nach kurzer Zeit zu ihrem Hausarzte entlassen.

d) Steine (1 Fall W.).

Nr. 245. Im vorigen Jahre war durch Sectio alta ein Blasenstein entfernt worden. Bald darnach neue Beschwerden. Die Cystoskopie zeigte einen taubeneigroßen Stein, der durch Lithothrypsie entfernt wurde. Beschwerdefrei entlassen.

e) Tumoren (7 Fälle, M. 1 †).

1. Papillome. 2 Fälle.

Nr. 1594 hatte mehrere Papillome, die durch Sectio alta entfernt wurden. Es bestand Verdacht auf Carcinom, deshalb sind eine Reihe von Röntgenbestrahlungen vorgenommen worden nach Heilung ohne Fistel. Es geht dem Pat. noch jetzt gut (1 Jahr post op.).

Nr. 2712 war stark ausgeblutet und nicht zu cystoskopieren, weil die Blutung noch nicht stand. Bei der Sectio alta war die Blase bis fast zu Nabelhöhe ausgedehnt und gefüllt mit Coageln. Ein Papillom saß an der l. Uretermündung und wurde abgetragen. Glatte Heilung. Erholt sich schnell.

2. Carcinome (5 Fälle, 1 †).

In 4 Fällen, Nr. 247, 927, 1042 und 2308 erwiesen sich die Tumoren bei der Sectio alta inoperabel. Die Patienten wurden meist in schlechtem Zustande entlassen.

Nr. 2683 wurde mit Totalexstirpation der Blase behandelt. Die Operation wurde von einem suprasymphysären Schnitt aus gemacht. Der Urin der Ureteren wurde zu den seitlichen Wundwinkeln herausgeleitet. Exitus nach 9 Tagen.

f) Unklar blieben 2 Fälle. 1 M., 1 W.

Bei Nr. 1665 glaubte man im Cystoskop ein Divertikel der Blase zu sehen, welches aber auf dem Röntgenbilde nach Kollargolfüllung der Blase sich nicht zeigte. Die Pat. hatte außerdem eine Thrombophlebitis am Bein, die zunächst Gegenstand der Behandlung war.

Nr. 2521 hatte seit einem halben Jahre vermehrten Harndrang und jetzt blutigen Urin mit viel bröckeligem Bodensatz, bestehend aus viel Epithelien, Erytrocyten und Leukocyten ohne deutliche Zotten. Kapacität der Blase 70 ccm. Der Pat. verlangt seine Entlassung vor der Cystoskopie, die wahrscheinlich auch das Bild nicht hätte klären können wegen der geringen Kapacität und des großen Blutgehaltes.

Harnröhre.

(9 Fälle: M.).

a) Verletzungen 2 Fälle.

Beides Strikturen, Nr. 296 entstanden nach Steinschnitt vor 15 Jahren, Nr. 1204 nach Trauma am Damm in der Kindheit. Die Erweiterung durch Bougies gelang in beiden Fällen ohne wesentliche Schwierigkeit.

b) Entzündungen 7 Fälle.

Ein Patient mit chronischer Urethritis posterior Nr. 747 wurde von uns nicht behandelt. Die übrigen hatten Strikturen nach Gonorrhoe, Nr. 862, 1475, 1724, 1814, 2610 und 3425. Die Erweiterung durch Bougies gelang in allen Fällen, nur der letzte hatte nebenbei einen periurethralen Absceß, der incidiert werden mußte.

b) Männliche Geschlechtsorgane.

(Bearbeitet von Dr. Posner.)

I. Penis.

(13 Fälle: 0 †.)

a) Verletzungen. Kein Fall.

b) Entzündungen. 1 Fall (Nr. 1411 bzw. 2874).

Es handelte sich bei dem 49 jährigen Patienten, der zweimal aufgenommen wurde, um eine chronische Induration der Penishaut bei bestehender Phimose. Arciumcision ließ den Zustand anfangs zurückgehen; später trat neue ödematöse Schwellung des ganzen Penis auf, die eine Resektion der Urethra in der Pars navicularis und periurethrale Excisionen nötig machte. Aetiologie der Erkrankung nicht zu ermitteln.

c) Mißbildungen.

1. Phimose und Paraphimose. 7 Fälle (Nr. 1188, 1327, 1404, 1527, 1650, 2206, 2638.

Wegen Phimose wurde 3 mal operiert und zwar Circumcision bei Fall 1404, Incision bei 1527 und Schloffer'sche Plastik bei 2638. Die übrigen Fälle betrafen Paraphimosen, bei denen 2 mal der Schnürring gespalten wurde.

2. Hypospadie.

2 Fälle (Nr. 549 und 718 [1236 und 1999]).

Bei Nr. 549 genügte einfache Incision, bei Nr. 718 wurde durch Plastik ein guter Erfolg erzielt.

d) Tumoren. 2 Fälle (Nr. 2812 und 3572).

Nr. 2812 war ein sehr weit fortgeschrittenes — draußen lange als Lues behandeltes — Peniscarcinom mit beiderseitig exulcerierten Inguinaldrüsen. Amputatio penis, Auslöffelung der Drüsen, Röntgenbestrahlung. — In dem anderen Falle genügte Abtragung des Präpuliums, welches das Carcinom trug.

e) Varia. 1 Fall.

Nr. 2620. Absceß der Cooper'schen Drüsen, der vom Perineum aus eröffnet wurde. Heilung.

II. Hoden, Nebenhoden, Samenstrang.

(Siehe auch unter Hernien.)

64 Fälle, 0 †.

A. Verletzungen: Ein Fall: Nr. 1116. 16 jähriger Junge. Haematoma scroti nach Deichselstoß.

B. Entzündungen.

a) Akute: Kein Fall.

b) Chronische. 15 Fälle.

c) Tuberkulose.

α. Nicht operiert. 4 Fälle (Nr. 2005, 2304, 2556, 2651).

Zwei Patienten (Nr. 2556 und 2651) kamen mit einer doppelseitigen Erkrankung zu uns; da außerdem mit Sicherheit eine tuberkulöse Affektion der Prostata vorlag — Samenblasen schienenfrei — beschränkten wir uns auf Röntgenbestrahlung von testes und Damm. — Auch bei den anderen Patienten ließen wir es mit dieser Therapie und Punktion symptomatischer Hydrocelen bewenden; beide Male war eine Semikastration vor ½ Jahr vorangegangen. Wir glauben, daß die Nebenhodentuberkulose durch die Röntgentherapie gut beeinflußbar ist, da man die Strahlen von mehreren Seiten einwirken lassen und daher in geringeren Zeitabständen bestrahlen kann. Unsere Erfolge sind noch nicht spruchreif.

β. Operiert. 10 Fälle (Nr. 157, 434, 594, 895, 1232, 1304, 1955, 2710, 3858).

Das Alter der Patienten schwankte zwischen 1½ und 71 Jahren! Es wurde 9 mal einseitige Kastration (mit nachfolgendem Bassini) und einmal (Nr. 895) Resektion der Epididymis vorgenommen. Viermal war schon der andere Testis vor 3 Monaten bis 8 Jahren operativ entfernt worden (Nr. 434, 895, 1232 und 3858). Dreimal (Nr. 157, 895 und 2710 waren auch die Samenblasen afficiert, einmal (Nr. 434) die Prostata. In diesen Fällen schlossen wir an die Kastration eine Röntgenbestrahlungskur.

2. Lues. 1 Fall (Nr. 2497).

63 jähriger Mann. Fehldiagnose (Tuberkulose) und darum einseitige Kastration. Die mikroskopische Untersuchung ergab mit großer Wahrscheinlichkeit Lues. Wassermann stark positiv. v. Pirquet negativ. Nachbehandlung mit Schmierkur und Salvarsan.

C. Hydrocelen (41 Fälle).

a) Hydrocelen testis (37 Fälle). Sämtlich operiert.

1. Winkelmann'sche Radikaloperation (29 Fälle).

Nr. 193, 336, 446, 521, 550, 586, 798, 821, 930, 989, 1026, 1058, 1210, 1270, 1297, 1394, 1673, 1922, 2212, 2226, 2326, 2348, 2400, 2647, 2552, 3210, 3556, 3671, 3691.

2. v. Bergmann'sche Radikaloperation. 2 Fälle (Nr. 1120 und 1138).

3. Kombination von v. Bergmann und Winkelmannn. 4 Fälle (Nr. 765, 1357, 1369, 3622).

4. Kastration. 2 Fälle (Nr. 1813, 3407).

Die Operationen wurden, mit Ausnahme von kleinen Kindern, stets in Lokalanästhesie ausgeführt. Sämtliche Fälle wurden geheilt. Die Kastration wurde bei alten Leuten einmal wegen inficierter Hydrocele (3401), das andere Mal wegen starker schwieliger Verdickung der Hydrocelenwand vorgenommen.

b) Hydrocele funiculi. 2 Fälle (Nr. 941 und 3145). Beidemale Therapie: Ausschälung des Bruchsacks.

c) Spermatocele kein Fall.

d) Varicocele: 3 Fälle (Nr. 204, 1067, 3349). Resektion der Varicen. In Nr. 3349 noch Verschluß der Bruchpforte nach Ferrari.

D. Kryptorchismus. 2. Fall (Nr. 2234, 2410).

Nr. 2234. 12 j. Junge. Hoden beiderseits in der Inguinalbeuge palpabel. Rechts Operation: Verlängerung des Samenstranges. Verlagerung des Hodens und Naht an das Septum des Scrotum. Verschluß der Bruchpforte.

Nr. 2410. 16 j. Junge. R. Hoden normal, linker im Leistenkanal. Operation: Isolierung der Tunica vaginalis propria. Einnähen des kleinen Hodens zwischen Hodenhülle und Haut am Fundus des Scrotum. Glatte Heilung.

E. Geschwülste: 2 Fälle (Nr. 2211 und 3006). Beidemale handelte es sich um Sarkome. Keine Metastasen nachweisbar. Heilung durch Kastration.

F. Varia: 2 Fälle (Nr. 1101 und 2861). Nr. 1101 postoperatives Hämatom. — Nr. 2861. Infektion nach auswärts operierter Hydrocele.

III. Prostata.

Prostatahypertrophie.

51 Fälle: 5 † (1910: 36 Fälle 4 †. 1911 22 Fälle 1 †).

A. Nicht operierte Fälle: 2 †.

1. Operation verweigert. 1 Fall (Nr. 3223).

Der 73 jährige Patient wollte sich zu keinem operativen Eingriff entschließen; auch unsrerseits wurde nicht dazu gedrängt, da ein ausgesprochenes Emphysem und eine schwere Arteriosklerose neben einer jauchigen Cystitis die Erkrankung komplizierten. Durch Dauerkatheter und Blasenspülungen wurde Besserung erzielt, doch soll Pat. einige Wochen nach seiner Entlassung gestorben sein.

2. Operation unsererseits abgelehnt. 7 Fälle: 2 † (Nr. 231, 702, 1191, 1862, 2077, 2136, 2524).

Schwere Beteiligung seitens des Respirations- und Zirkulationsapparates bzw. des uropoetischen Systems ließen uns in diesen Fällen von einer Operation absehen. Es waren fast ausschließlich Patienten in den 70er Jahren, denen man durch konservative Maßnahmen einen leidlichen Zustand ermög-

lichen konnte. In einem Falle (Nr. 2136) erzielten wir nach kurzdauernder Katheterbehandlung durch 2 malige Röntgenbestrahlung der Hoden eine geregelte Blasenfunktion (ca. 14 Tage nach der 1. Bestrahlung). Die Prostata selbst schien uns in ihrer Größe nicht beeinflußt. Zwei Fälle kamen bei uns zum Exitus. Nr. 2524, ein 61 jähriger Sanitätsrat, erlag einem Diabetes insipidus, 5 Tage nach seiner Aufnahme, Nr. 2077, ein 75 jähriger Taglöhner einer Myodegeneratio cordis, Coronarsklerose, Pyelonephritis.

B. Operierte Fälle. 32 Fälle: 1 †.

I. Perineal nach Wilms. 31 Fälle: 0 †.

Nr. 230, 519, 1240, 1275, 1276, 1467, 1583, 1632, 1659, 1668, 1924, 1968, 2016, 2078, 2229, 2278, 2464, 2503, 2514, 2528, 2534, 2567, 2591, 2652, 2851, 3433, 3460, 3554, 3584, 3601, 3641.

Die Zahl der im letzten Jahre wegen Prostatahypertrophie Operierten hat gegen die Vorjahre erheblich zugenommen (1910: 16 Fälle, 1911: 5 Fälle). Es beruht dies wohl darauf, daß unser Prostatamaterial — auch das nicht operative — überhaupt gestiegen ist, daß wir ferner die Indikationen weiter fassen und daß unsere guten Operationserfolge die Aerzte der Umgebung veranlaßt haben, uns häufiger als früher ihre Patienten zu senden. Von 31 im Berichtsjahre perineal operierten Patienten ist im Krankenhause keiner gestorben; ein Patient (Nr. 2514) erlag 8 Tage nach seiner Entlassung einer Apoplexie.

Unsere Indikationsstellung ist dahin zu präzisieren, daß wir eine Operation vorschlagen, wenn der Allgemeinzustand leidlich und gröbere Komplikationen, namentlich seitens der Nieren, nicht vorliegen; wir raten auch zur Operation, selbst wenn wir uns von einer konservativen Therapie Erfolg versprechen, da unsere Patienten größtenteils aus entlegenen kleinen Orten stammen, häufig fern von ärztlicher Hilfe. Ueber Einzelheiten der operativen Technik, unsere nierenfunktionellen Untersuchungen vor der Operation, Nachbehandlung und Dauererfolge ist ausführlich berichtet worden von Wilms: Münch. med. W. und Posner: Ztschr. f. Urologie 1912, H. 12. „Zur Frage der perinealen Prostatektomie. Es wurde 22 mal in Lokalanästhesie operiert (siehe Franke-Posner: „Zur Lokalanästhesie im kleinen Becken“. Arch. f. klin. Chirurg. 1912, Bd. 99, H. 1). 4 mal in Lumbal- und 5 mal in epiduraler Anästhesie. — Die Narkose haben wir hier völlig ausgeschaltet.

Das Durchschnittsalter unserer Operierten betrug 67 ½ Jahr; der jüngste war 58, der älteste 79 Jahre alt.

Die Operation erwies sich fast stets als leicht und in wenigen Minuten ausführbar. Als Curiosum erwähnen wir eine Prostata von 170 Gramm Gewicht (Nr. 1968). Es kam eine Rectumverletzung vor (Nr. 1467). Die Rectalfistel schloß sich aber bald und blieb ohne Einfluß auf die Heilung. Von Komplikationen erlebten wir eine Nachblutung aus der Blasenwand, 4 Std. nach der Operation; die Blutung wurde durch Umstechung gestillt (Nr. 2851).

Bei Nr. 3584 stieß die Einführung des Dauerkatheters auf Schwierigkeiten; als Grund fand sich ein zurückgebliebener Prostataknoten, der dann entfernt wurde. Der Heilungsverlauf bei Nr. 3433 wurde durch eine am 18. Tage eintretende Thrombose der rechten Vena femoralis, bei Nr. 1467 durch eine abscedierende Orchitis gestört.

Die postoperative Behandlungsdauer betrug im Durchschnitt 29,9 Tage. Bei glatten Fällen erfolgte die Entlassung Ende der dritten, Anfang der 4. Woche. Bisweilen war die Einführung des Dauerkatheters — am 6. oder 7. Tage — schwierig und gelang nur unter Direktion von der Dammwunde aus. Nur bei einem Patienten (Nr. 2278) ging bei der Entlassung (am 45. Tage) noch Urin durch die Perinealwunde ab; bei allen andern war sie dicht, bisweilen oberflächlich noch nicht ganz geschlossen. Im Durchschnitt waren die Patienten bei der Entlassung auf 1—2 Std. kontinent und urinierten willkürlich. Bei einigen wenigen (Nr. 519, 1276 und 2278) war die Miktion noch nicht sicher — sie wurden bisweilen vom Harndrang überrascht. Bei 2 Patienten (Nr. 2078 und 3641) wurde noch bei der Entlassung mit Unterbrechung Katheterentleerung notwendig.

II. Transvesikale Prostatektomie. 1 Fall: 1 † (Nr. 1045).

68 jähriger Senatspräsident. Habitus apoplecticus. Seit langen Jahren Harnbeschwerden. Transvesikale Prostatektomie in Narkose. Am 9. Tage, nach glattem Verlauf, plötzlicher Exitus an Gehirnembolie.

Prostataatrophie. (3 Fälle: 0 †.) (Nr. 1136, 3493, 3531.)

Die 3 Fälle boten das Bild des „Prostatismus ohne Prostata". Nach dem Vorschlage von Barth (Chirurgenkongreß 1911) wurde auch hier die Prostatektomie vorgenommen, und zwar einmal transvesikal (3531), die beiden anderen Male perineal nach Wilms. Die Enukleation erwies sich als schwierig. (Siehe ausführliche Darstellung mit Krankengeschichten bei Posner: Ztschr. f. Urologie 1913, H. 3 „Zur Chirurgie der Prostataatrophie".)

Prostatacarcinome. (5 Fälle: 2 Fälle †.) (Nr. 198, 234, 1723, 2276, 3015.)

Unoperiert blieben 2 Patienten (Nr. 2276 und 3015), da der Tumor bereits auf die Blase übergegriffen hatte. Patient Nr. 3015 starb; die Sektion ergab, daß von dem primären Prostatacarcinom aus der größte Teil der Blase mit Krebs inficiert war.

Von den übrigen 3 Patienten wurde bei einem (Nr. 198) eine perineale Cystotomie durch das Prostatacarcinom hindurch vorgenommen; Patient starb nach 18 Std. an Urämie.

Bei den beiden anderen wurde in lumbaler (Nr. 1723) bzw. epiduraler (Nr. 234) Anästhesie vom Perinealschnitt nach Wilms der Prostatatumor exstirpiert. Letzterer kam nach 20 Tagen mit fast geschlossener Wunde und guter Funktion zur Entlassung. Patient Nr. 1723 wurde mit Dammfistel

zur amb. Nachbehandlung mit Bestrahlung dem Samariterhause überwiesen.

Entzündungen der Prostata. (2 Fälle: 0 †.)

Nr. 354 u. 1887.

Bei Patient Nr. 1857 war im Anschluß an einen Nackenfurunkel eine druckempfindliche Vergrößerung der Prostata aufgetreten, die Harnbeschwerden erzeugte. Da mit konservativen Maßnahmen keine Besserung erzielt wurde, Prostatektomie nach Wilms in Lokalanästhesie. Zahlreiche Abscesse in der Drüse. Wundheilung ohne Komplikation, doch bestand bei der Entlassung noch eine erhebliche Blasenschwäche Nr. 1857. Eröffnung eines gonorrhoischen Prostataabscesses vom Perineum aus. Heilung.

Folgezustände nach Prostatektomie. 1 Fall (Nr. 2006).

Vor 3 Jahren transvesikale Prostatektomie. Klagt jetzt über Schmerzen beim Urinieren. Urin blutig, stinkend. Bauchbruch über der Symphyse. Starke Cystitis. Heilung durch entsprechende Behandlung (Urotropin, Wildunger Wasser usw.).

c) Weibliche Genitalien.

(14 Fälle: 0 †.)

A. Vulva und Vagina.

(Kein Fall.)

B. Uterus.

(3 Fälle.)

Nr. 842, 2221, 2976.

Nr. 2221. Beschwerden bei Retroflexio uteri; unoperiert zur Frauenklinik verlegt.

Nr. 842. 45 j. Frl. Verdacht auf Beckensarkom bestätigt sich bei Probelaparotomie nicht. Es handelt sich um einen kindskopfgroßen Uterus myomatosus.

Nr. 2976. 40 j. Frau. Carcinom der Genitalien. Probelaparotomie zeigt ausgedehnte Netzmetastasen, ausgehend von einem inoperablen, dem Genitale angehörigen, fest verbackenen Tumor (Ca. corporis uteri? Ovarialtumor?).

C. Adnexe.

(10 Fälle: 0 †.)

Nr. 277, 443, 1063, 1135, 1891, 2259, 2388, 2671, 3533, 3558.

Unoperiert 3 Fälle: Ein linksseitiger Ovarialtumor (Nr. 1063) wurde zur Frauenklinik verlegt. Bei Nr. 3358, 57 jährige Frau, handelte es sich um neuralgische Beschwerden am Bauch nach vor 18 Jahren erfolgter beiderseitiger Ovariektomie, bei Nr. 3533 um Menstruationsbeschwerden, die eine Appendicitis vortäuschten.

Zwei Fälle (Nr. 2388 und 2671) wurden wegen Haematocele retrouterina (Extrauteringravidität) radikal operiert und geheilt. Zwei Fälle betrafen Ovarialcystome und zwar bei Nr. 443 ein stielgedrehtes (Heilung nach Exstirpation) und bei Nr. 1135 um doppelseitige Ovarialcysten, Operation: Ovariectomia utriusque lateris. Ventrofixatio uteri. In den beiden letzten Fällen bestand Peritonitis, die, wie die Operation ergab, nicht von der Appendix, sondern beidemale von einer Pyosalpinx herrührte. Appendektomie + Exstirpation der Tube. Beidemale Heilung.

D. Parametritis, Perimetritis.

(Kein Fall.)

E. Varia.

(1 Fall.)

N. 2262. Statt des erwarteten Leistenbruchs fand sich eine Hydrocele lig. teritis, die ausgeschält wurde. Heilung.

Becken und Rectum.

I. Becken.

(20 Fälle: 2 †.)

A. Verletzungen des Beckens.

(4 Fälle: 4 M., 0 †.)

Nr. 2268, 2742, 2852, 3116.

Zweimal (Nr. 2742 und 3116) handelte es sich nur um Beckenkontusion, die unter entsprechender Behandlung glatt heilte. In den beiden anderen Fällen bestand eine der rechten Beckenschaufel, in Nr. 2852 kompliziert durch leichte zentrale Luxation der Hüfte und eine quere Fraktur der rechten Scapula (Sturz von einem hohen Baume). Behandlung: Extension. Sehr guter Heilungseffekt.

B. Akute Entzündungen.

(7 Fälle: 5 M., 2 W., 2 †.)

Nr. 316, 963, 1509, 1578, 2149, 3355, 3521.

In vier Fällen handelte es sich um Furunkel bzw. oberflächliche Glutäalabscesse.

Nr. 963 war eine vom horizontalen Schambeinast ausgehende Osteomyelitis, die durch Incision und Drainage geheilt wurde.

Nr. 1578 und 3521 kamen beide zum Exitus. In beiden Fällen, die hoch septisch eingе-

liefert wurden, handelte es sich um metastatische Beckenschaufelabscesse, das eine Mal von einer malignen Endocarditis (Nr. 1578), das andere Mal von einer septischen Pneumonie ausgehend.

C. Chronische Entzündungen.

(8 Fälle: 3 M., 5 W., 0 †.)

Nr. 698, 859, 1495, 1670, 1765, 2091, 2505, 2959.

In den Fällen 859, 2505 und 2959 handelte es sich um Senkungsabscesse mit Fistelbildung, die konservativ behandelt und gebessert wurden.

Nr. 698 war eine Steißfistel bei einem 19 jährigen Mädchen (Dermoidcyste ?), die durch Excision geheilt ward.

Die übrigen Fälle betreffen alte cariöse Beckenerkrankungen. Die Therapie bestand in Röntgenbestrahlung, Tuberkulinkuren, Bettruhe und allgemein-kräftigenden Maßnahmen.

D. Tumoren des Beckens.

(1 Fall: 1 M., 0 †.)

Nr. 1920. 18 j. Mann. Der Bauch ist angefüllt mit einem, angeblich seit 4 Wochen gewachsenen, derben unverschieblichen Tumor. Die Probelaparotomie erweist ihn als völlig inoperabel. Ausgangspunkt vermutlich die retroperitonealen Lymphdrüsen (mikrosk. Lymphosarkom). In Extremis auf Wunsch der Angehörigen nach Hause entlassen.

II. Mastdarm.

(74 Fälle: 2 †.)

A. Verletzungen.

(1 Fall: 1 M., 0 †.)

Nr. 3147. Kleine Rißwunde am Rectum.

B. Entzündungen.

(31 Fälle: 22 M., 9 W., 0 †.)

1. Periproktitische Abscesse: 8 Fälle: 6 M., 2 W., 0 † (Nr. 281, 1048, 1625, 1842, 2405, 2759, 2884, 3463).

Heilung durch Incision und Drainage.

2. Fissura ani. 5 Fälle: 5 M., 0 † (Nr. 329, 440, 1035, 1320, 1597).

Ein Patient verweigerte jeden Eingriff (Nr. 1320). Von den übrigen wurden zwei (Nr. 440 und 1035) durch unblutige Dehnung, die andern beiden durch Incision in den Sphinkter geheilt.

3. Fistula ani. 15 Fälle: 9 M., 6 W., 0 †.

Nr. 432, 476, 891, 957, 1401, 1792, 2031, 2166, 2816, 2838, 3014, 3076, 3182, 3251, 3675.

Ein Patient (Nr. 3675) wurde auf Wunsch unoperiert entlassen. Bei den übrigen wurde die Fistel, nachdem sie unter Umständen zu einer kompletten gestaltet war, auf der Hohlsonde gespalten, bisweilen dann noch exkochleiert. Alle Fälle schnell geheilt.

IV. Varia. 3 Fälle: 2 M., 1 W., 1 †.

Nr. 615. Atresia ani bei einem 3 Tage alten Knaben. Therapie: Incision in ein vorhandenes Analgrübchen. In Tiefe von 2 cm kommt man auf Darm, der incidiert und mit der äußeren Haut vernäht wird. Exitus am 3. Tage an Pneumonie.

Nr. 2490. Ekzema ani, geheilt durch Bäder und Puderbehandlung.

Nr. 2592. 24 j. Mädchen. Rectallues (Ulcerationen). Verlegt.

C. Hämorrhoiden.

(22 Fälle: 16 M. 6 W., 0 †.)

Nr. 1418, 1520, 1560, 1610, 1661, 1744, 1735, 1936, 2092, 2126, 2227, 2303, 2362, 2470, 2542, 2509, 2768, 2822, 3099, 3151, 3175, 3284.

Zwei Fälle (Nr. 1661 und 2822) wurden unoperiert auf Wunsch entlassen. Bei Nr. 2470 und 2227 wurde ein inficierter Knoten incidiert und tamponiert, letzterer später noch mit Thermokauter abgetragen. Nr. 1560 und 3284 wurden durch Excision der Haemorrhoiden und Naht geheilt, die übrigen durch Thermokauterisieren auf der Langenbeck'schen Zange. Stets Lokalanästhesie.

D. Prolapsus ani.

(4 Fälle: 4 M., †.)

Nr. 1421, 2233, 2685, 3043.

Nr. 3043. Beschwerden nach Prolapsoperation. Durch Novokaininjektion behoben.

Nr. 1421 und 2685 wurden durch Amputation bzw. Resektion des Prolapses geheilt.

Bei Nr. 2233 — Prolaps nach Amputatio recti wegen Ca. — wurde versucht durch Fascienumschnürung des Anus und Annähung der freien Enden der Fascie am Kreuzbein den Prolaps zu beheben. Der Erfolg wurde durch Infektion des Fascienstreifens verhindert.

E. Tumoren des Rectums.

(15 Fälle. 11 M., 4 W., 1 †.)

1. Gutartige Tumoren. 2 Fälle: 1 M., 1. W., 0 † (Nr. 595 und 3408).

Beide Male Mastardpolypen, die abgetragen wurden. Thermokauterisation des Stumpfes.

2. Bösartige Tumoren.

a) Nicht operiert. 2 Fälle: 2 M., 0 † (Nr. 866 und 1605).

Der Tumor war beide Male inoperabel. Im Fall 866 ergab eine Probeexcision aus den vergrößerten Inguinaldrüsen, daß diese bereits erkrankt waren.

b) Palliativoperationen. 2 Fälle: 2 M. 1 † (Nr. 1456 und 2527).

Wegen Ileuserscheinungen bei Rectumcarcinom Anlegung einer Colostomie. Patient Nr. 2527 erliegt bald einer Pneumonie. Obduktion erweist die Inoperabilität des Tumors.

c) Radikaloperationen.

α. Resektionen. 5 Fälle: 4 M., 1 W., 0 † (Nr. 960, 1075, 2551, 2695 und 3011).

Es wurde in epiduraler oder lumbaler Anästhesie vorgegangen. Resektion nach Kraske. Zweimal war die Heilung so gut wie reaktionslos, einmal blieb ein Anus sacralis, die beiden letzten Fälle wurden mit kleinen Fisteln entl.

β. Amputationen. 4 Fälle: 2 M., 2 W., 0 † (Nr. 502, 732, 1562, 2907).

Bemerkenswert ist, daß 2 Frauen erst 25 bzw. 35 Jahre alt waren. Es wurde stets ein Anus sacralis angelegt. — Ein Fall (Nr. 1562) bekam nach 4 Monaten ein Recidiv am Sacrum, das exstirpiert wurde. Sonst glatte Heilung.

5. Extremitäten.

a) Obere Extremitäten und Schultergürtel.

Zusammengestellt von Dr. Hermann Groß.

(316 Fälle: 248 M., 68 W., 4 †.)

A. Verletzungen.

1. Weichteilverletzungen (22 Fälle: 17 M., 5 W.).

a) Schnitt-, Stich-, Quetsch-, Riß- und Hiebwunden.

Von den 17 stationär behandelten einfacheren Weichteilwunden heilten 5 (Nr. 181, 1428, 2076, 3469, 2197) durch primäre Naht; 13 von ihnen (Nr. 317, 809, 1074, 1118, 1580, 1660, 1642, 1649, 2397, 2606, 2885, 3122, 3135) waren mehr oder weniger stark inficierte Wunden. Die Therapie bei den letzteren bestand in Perubalsam — oder feuchten Verbänden. In allen Fällen befriedigende Heilungsresultate.

Nr. 2397 betraf eine größere Rißwunde. Prophylaktische Tetanusantitoxininjektion.

In Nr. 317 war durch die Verletzung das Olecranon halb abgetrennt. Ungestörte Heilung.

Nr. 3469 betraf einen Fall von großen Rißwunden an beiden Vorderarmen, wobei allerdings wichtigere Teile nicht verletzt waren.

In Nr. 402 und 376 war die Art. radialis mit durchtrennt. Ligatur des Gefäßes, Heilung.

Bei Nr. 544 und 3021 handelte es sich um Extraktionen von Fremdkörpern aus Schulter und Hand.

Nervenverletzungen (2 Fälle: 1 M., 1 W.).

Nr. 158 und 636 betrafen Weichteilwunden mit totaler Durchschneidung des N. ulnaris im Sulcus n. ulnaris des Epicondyl. med. hum. und am Vorderarm. In beiden Fällen wurde die perineurale Naht mit gutem Erfolge ausgeführt.

Sehnenverletzungen (19 Fälle: M.).

Nr. 453, 863, 1044, 1147, 1208, 1835, 1909, 2183, 2305, 2508, 2828, 3537, 3565. In allen Fällen Sehnennaht nach Wilms, zumeist gute funktionelle Heilung.

Nr. 553 betraf eine stark inficierte Wunde mit mehrfacher Sehnenverletzung. Die Sehnennähte hielten nicht.

Nr. 419, 2124, 2257, 2241 waren alte Sehnenverletzungen mit Verwachsungen und Kontrakturstellungen. In allen Fällen führte Sehnenlösung und Sehnennaht sowie Interposition von Fettgewebe und Sehnenplastik zu dem gewünschten Endresultate.

Verbrennungen (2 Fälle: 1 M., 1 W.).

Nr. 1178. Aeltere Verbrennung 3. Grades am Oberarm. Heilung nach Thiersch'scher Transplantation.

Nr. 1969 betraf einen Fall von Schwefelsäureverätzung eines Fingers. Heilung durch Salbenbehandlung.

2. Schußverletzungen (14 Fälle: M.).

Nr. 159, 190, 290, 341, 364, 435, 678, 1489, 2215, 2250, 2686, 3420, 2757, 2023.

Nr. 190, 290, 364, 678, 1489. Einfache Schußverletzungen. Extraktion der Kugeln und Heilung.

Nr. 435. Fall von perforierendem Handschuß.

Nr. 341, 2215, 2250, 2686, 2757, 3023 betrafen schwerere inficierte Schußverletzungen der Hand, die mit phlegmonöser Entzündung der Hand und des Vorderarmes in Behandlung kamen. Heilung nach Incisionen, Wasserbädern, feuchten Verbänden usw.

Nr. 159 und 3420 waren Fälle von Handschuß mit Fraktur je eines Mittelhandknochens. Extraktion der Kugeln. Gute Heilung.

3. Maschinenverletzungen (25 Fälle: 24 M., 1 W., 2 †).

Nr. 575, 2890, 3623, 576, 2825, 2828, 2850, 3728, 3645, 1678, 2104, 2726, 1962 betrafen Maschinenverletzungen der Hand teils schwererer, teils leichterer Natur. Unter Behandlung mit Perubalsam, Heißluftbädern und prophylaktischen Tetanusantitoxininjektionen Heilung p. sec.

Nr. 203, 836, 966, 1671, 1873, 2240, 3103 erheischten Exartikulation von Fingern, bzw. Fingerteilen.

Nr. 1677, 2970 betrafen Fälle von völliger Zermalmung der Hand und des Handgelenkes. In beiden Fällen sofortige Amputation des Vorderarmes. Heilung.

Nr. 2378 zeigte eine Exartikulation des Vorderarmes durch Transmissionsverletzung. Amputation am Oberarm. Heilung p. sec. In Nr. 2199 handelte es sich um eine schwere Dreschmaschinenverletzung mit völligem Abriß eines Armes, Eröffnung des Schultergelenkes und Splitterfraktur der Scapula.

Entfernung der Knochensplitter, Perubalsam, Tamponade. Exitus letalis.

Nr. 2848 erforderte Amputation des Oberarmes. Exitus letalis infolge eines 3 Tage nach der Amputation auftretenden Wunderysipels.

4. Verletzungen von Knochen und Gelenken.

a) Kontusionen (16 Fälle: 15 M., 1 W.).

Nr. 264, 275, 295, 1129, 2146, 2312, 2497 betrafen Fingerkontrakturen, die nach schweren Quetschungen von Fingergelenken sich eingestellt hatten. Exartikulation von Fingern, bzw. Fingerteilen in der Mehrzahl der Fälle.

Nr. 228, 935, 2061 boten Fälle von einfachen Schulterkontusionen. Heißluft, Massage, Bewegungstherapie; Besserung und Heilung in allen Fällen.

In Nr. 386 und 3490 war nach Phlegmone und Fall auf die Hand eine völlige Versteifung des Handgelenkes eingetreten.

Nr. 804, 2328, 2824 betrafen Quetschungen des Ellenbogengelenkes, Nr. 275 und 2828 solche bei einem Hämophilen. In allen Fällen Heilung durch Massage, Heißluft und Serumbehandlung.

2957 Fall von Arthritis def. cubiti nach Stichwunde ins Gelenk.

6. Frakturen (51 Fälle: 43 M., 8 W.).

1. Konservativ behandelte Fälle (37 Fälle: 32 M., 5 W.).

Nr. 269, 2209, 1793, 2320, 2342, 2677, 2693. Clavikularfrakturen. Sayrscher Heftpflasterverband. Heilung.

Nr. 269 war kombiniert mit Luxatio humeri acromioclavicularis der anderen Seite. Reposition und Heilung.

In Nr. 2209 lag gleichzeitig eine suprakondyläre Infraktion des Humerus vor.

Nr. 1793 betraf eine schlecht geheilte Clavikularfraktur mit Fraktur des Collum scapulae und Fraktur der 2. Rippe einerseits.

Nr. 720, 1030, 1248, 1911, 2758, 3107, 3895, 2409 zeigten Frakturen des Collum chirurg. hum.

Bei Nr. 1248 bestand gleichzeitig eine Abrißfraktur des Olecranon und Infraktion der Ulna im Gelenkteil. Schienenbehandlung ergab ein befriedigendes Resultat.

Nr. 638, 1180, 1643, 2449, 2902, 3029, 3741. Gut geheilte Frakturen der Oberarmdiaphyse: Borchgrevink'sche Schienenbehandlung.

Nr. 3166 Fall von komplizierter Oberarmfraktur. Einrichtung durch Extension nach Bardenheuer.

Nr. 788, Fall von suprakondylärer Extensionsfraktur des Oberarmes. Extensionsbehandlung; Heilung in guter Stellung.

Nr. 1728 und 2938 betrafen T-frakturen der Oberarmepiphyse. Behandlung mit der Borchgrevinkschiene ergab relativ gute Resultate.

In Nr. 2923, 3660 handelte es sich um frische Fälle von Querfraktur des Radius und der Ulna. Redressement und Gipsverband. Heilung in guter Stellung.

Nr. 2239 und 2380 waren Fälle von schlechtgeheilter vollständiger Unterarmfraktur. Refrakturierung und Gipsverband. Gute Heilung.

Nr. 1573, 3462 betrafen doppelseitige, Nr. 699 und 3457 einseitige typische Radiusfrakturen. Heilung durch entsprechende Schienenbehandlung.

Nr. 273, 423, 2646 einfache Frakturen von Mittelhand- und Phalanxfrakturen. Leidlich gute Resultate.

Nr. 273, 423, 2646 einfache Frakturen von Mittelhand- und Phalanxfrakturen. Leidlich gute Resultate.

2. Operativ behandelte Frakturen (14 Fälle: 11 M., 3 W.).

Nr. 639. In diesem Falle handelte es sich um einen doppelseitigen Bruch der proximalen Oberarmepiphyse, der durch Automobilüberfahrung entstanden war. Freilegung der Frakturstellen und Bolzung der Knochenfragmente in idealer Stellung. Sehr gutes Heilungsresultat.

Nr. 868, 1229, 1643 betrafen Fälle von suprakondylärer Oberarmfraktur, die teils durch Nagelung, teils durch einfache blutige Reposition und Schienenbehandlung geheilt wurden.

Nr. 1465, 1865, 1982, 1998, 3081.

In diesen Fällen von schweren intra- und suprakondylären Frakturen wurden durch blutige Reposition, Nagelung und durch Resektion von Knochenfragmenten relativ befriedigende Heilungen erzielt.

Ein Fall von Olecranonfraktur wurde genagelt. Nr. 1360.

In 2 Fällen von alten und komplizierten Unterarmfrakturen (Nr. 2700 und 1628) kam es nach Sequestrotomie und Fistelexcision zur befriedigenden Heilung.

In Nr. 3121 handelte es sich um eine Querfraktur des Capitulum der Daumengrundphalanx. Entfernung des abgesprengten Knochenstückchens. Gutes funktionelles Resultat.

Nr. 3202. Komplizierte Phalanxfraktur eines Mittelfingers. Nach Resektion eines Knochenstückchens Heilung in guter Stellung.

c) Luxationen (16 Fälle: 14 M., 2 W., 1 †).

Nr. 1153, 973, 1183, 1880, 2256, 2767, 532, 2201, 1811; Fälle von Luxatio humeri subcoracoidea. 7 von ihnen kamen frisch in Behandlung und wurden nach Cooper oder Kocher reponiert. In 2 Fällen lag eine gleichzeitige Absprengung des Tub. majus vor. 2 Fälle waren kompliziert durch vollständige Lähmungen des N. radialis und N. medianus.

Nr. 168, Fall von habitueller Subluxation im Sternoclavikulargelenk.

Nr. 2752, 3097 betrafen Radiusluxationen im Ellenbogengelenk. Durch blutige Reposition gutes Resultat.

Nr. 3464. Fall von schlecht reponierter Unterarmluxation nach hinten; Reposition und Fixation in Streck- und Pronationsstellung. Gute Heilung.

Nr. 2108 wies eine schwere Unterarmluxation nach hinten mit breiter Eröffnung und Verunreinigung des ganzen Ellenbogengelenkes auf. Reposition und Wundversorgung. Tod an Tetanus schweren Grades.

Nr. 552, Fall von veralteten Luxationen von 4 Fingern einer Hand mit

Versteifung in den Grundgelenken. Blutige Reposition brachte nur wenig Besserung.

B. Entzündungen.

(Außer Tuberkulose.)

(91 Fälle: 69 M., 22 W., 1 †.)

1. Entzündungen der Weichteile.

a) Panaritien (22 Fälle: 13 M., 9 W.).

Nr. 184, 616, 1096, 1271, 1427, 2042, 2859, 2922, 3441, 3471 betrafen Fälle von Panaritium subcutaneum, subunguale. Therapie: Incision, feuchte Verbände, Wasserbäder; zweimal mußte ein Fingerglied exartikuliert werden. Allenthalben Heilung.

Nr. 2811, 3030, 3334, 3633, 3653, Fälle von Panaritium tendinosum, die unter teilweiser Einbuße von Sehnen nach Incision, warmen Wasserbädern und feuchten Verbänden usw. zur Ausheilung gelangten.

Nr. 599, 694, 1373, 2820, 3356, 3676, 3705, Fälle von Panaritium ossale. Heilung teils nach Entfernung sequestrierter Knochenstücke, teils nach einfachen Incisionen.

b) Phlegmonen (51 Fälle: 41 M., 10 W., 1 †).

1. der Hand: 36 Fälle: 28 M., 8 W.

Nr. 174, 220, 353, 421, 462, 566, 952, 940, 971, 1039, 1252, 1255, 1279, 1290, 1306, 1478, 1769, 1837, 2118, 2354, 2448, 2639, 2779, 2817, 2927, 2929, 2962, 2963, 2974, 3036, 3204, 3248, 3294, 3356, 3542, 3743.

Die Mehrzahl der Fälle ging von subkutanen und tendinösen Fingerpanaritien aus. In fast allen Fällen Incisionen, feuchte Verbände, Warmwasserbäder. Leidlich gute Resultate. Fünfmal blieben erhebliche Störungen in der Beweglichkeit der Finger und des Handgelenkes zurück.

2. des Armes: 15 Fälle: 13 M., 2 W., 1 †.

Nr. 163, 617, 915, 1186, 1285, 1347, 1415, 3047, 3111, 3385, 3534, 3624, 3636, 3668, 3753; meist durch Fremdkörperverletzungen und inficierte Schnitt- bzw. Rißwunden entstanden.

Nr. 1347 starb an Septikämie.

c) Abscesse (2 Fälle: 1 M., 1 W.).

Nr. 1518 Absceß des Ellenbogens, der sich in das Gelenk fortsetzte.

Nr. 331. Multiple Hautabscesse beider Achselhöhlen. In beiden Fällen brachte Incision Heilung.

2. Periostitis, Osteomyelitis (12 Fälle: 10 M., 2 W.).

Nr. 642, 1488, 1043. Osteomyelitis humeri. Trepanation, Sequestrotomie, Incision. Mit Fisteleiterung entlassen. Weitere ambulante Behandlung.

Nr. 538, 786 Fälle von Periostitis des Humerus und der Ulna. Nach Incision Heilung.

Ein Fall von chronischer Olecranonosteomyelitis wurde durch Aufmeißelung des Herdes und nachfolgende Heißluftbehandlung geheilt.

Nr. 371, 541, 719, 901, 1051, 2155, 2728, betrafen Fälle von Osteomyelitis der Ulna. Incisionen, Exkochleationen, Sequestrotomieen. Heilung.

Nr. 3415 Tendovaginitis crepitans beider Hände. Aetiologie: Chronischer Rheumatismus?

d) Bursitiden (4 Fälle: M.).

Nr. 2049, 2170, 3059. Chronische Bursitis olecrani. Exstirpation der Bursa.

Nr. 3250 betraf eine akute eitrige Bursitis olecrani, die sich nach phlegmonöser Vorderarmentzündung etabliert hatte und durch Incision und Drainage geheilt werden konnte.

C. Tuberkulose.

(35 Fälle: 13 M., 22 W.)

1. der Weichteile (2 Fälle: 1 M., 1 W.).

Nr. 880, 2012. Fälle von Sehnenscheidenhygrom des Handrückens, die durch Excision und nachfolgende Röntgenbestrahlungen geheilt wurden.

2. der Knochen (33 Fälle: 12 M., 21 W.).

Nr. 854, 1322, 1574, Tuberkulose der Ulna.

Nr. 1079, 1278, 1767, 2128. Fälle von Mittelhand- und Fingertuberkulose. In allen Fällen durch Röntgentherapie, Injektionen von 10% Jodoformglycerin befriedigende Resultate. Nr. 560, 539, 2831, 1145, 3497, 3707: Tuberkulose der Handwurzelknochen. Röntgenbehandlung.

Nr. 539 und 3707 machten Amputationen am Unterarm erforderlich. Die übrigen Fälle heilten mit teilweiser Versteifung des Handgelenkes durch die übliche Behandlung gut aus.

Nr. 845 betraf eine Handtuberkulose, die mit schwerer Lungentuberkulose und hereditärer Syphilis kombiniert war. Behandlungserfolg unbekannt.

3. der Gelenke.

a) des Sternoclavikulargelenkes.

Nr. 1380, Incision, Bestrahlungen.

b) des Ellenbogengelenkes.

Nr. 254, 409, 706, 917, 1061, 1119, 1134, 1376, 1451, 1575, 1588, 1739, 2153, 2957, 3158, 3287, 3546, 3754. In einem Falle Resektion des Gelenkes. Meist deutliche Besserung durch die üblichen Behandlungsmethoden.

Nr. 706. Erfolg unbekannt, da Patient sich vorzeitig der geplanten Behandlung entzog.

D. Syphilis.

(2 Fälle: M.)

Nr. 2841. Luetische Ulcera auf den Handrücken und an beiden Ellenbogen, sowie Tibiavorderfläche. Behandlung auf der Hautklinik.

Nr. 3512 Lues III an Ellenbogen; Erfolg der Behandlung unbekannt.

E. Tumoren.

(5 Fälle: 2 M., 3 W.)

1. Benigne. 1933 Amputationsneurom. Keine Behandlung, da verweigert. Unfallsache.

2. Maligne. 1289. Cancroid des Handrückens. Exstirpation und Transplantation nach Thiersch. Heilung.

Nr. 1855. Großes primäres Lymphdrüsensarkom der Achselhöhle. Exstirpation. Heilung.

Nr. 1881. Fingersarkom. Amputatio digiti.

Nr. 3162. Spindelzellensarkom am Unterarm (Radius und Ulna, oberes Drittel). Resektion und Ersatz der exstirpierten Knochenstücke durch autoplastische Fibulateile. Die implantierten Knochenstücke heilten fest ein. Kein Recidiv nach einem Halbjahr beobachtet.

F. Varia.

(6 Fälle: 4 M., 2 W.)

Nr. 3136 und 3454, Fälle von Milzbrand an Hand und Arm. Heilung nach Salvarsaninjektionen.

Nr. 1331 betraf ein Handekzem ohne bestimmte Aetiologie. Nr. 1367 zeigte einen Fall von teilweise thrombosierten kleinen Aneurysmen der Beugemuskelvenen an einem Vorderarme. Die an Hand und Arm vorhandene Schwellung ging nach längerer vertikaler Suspension zurück. Partielle Resektionen brachten teilweise Besserung.

Nr. 3368, Dermoidcyste des Vorderarmes. Exstirpation; Heilung. Nr. 1661, Fall von traumatischer Epithelcyste in der Kommissur zweier Finger. Excision, Heilung.

b) Untere Extremität.

(Bearbeitet von Dr. Rost.)

A. Verletzungen.

I. Weichteilquetschungen und Wunden (17 M., 3 W.).

Hierher gehören Hautabschürfungen, Schnittwunden mit und ohne Durchtrennung von Sehnen, Arterienverletzungen etc. soweit sie frisch in Behandlung kamen. Inficierte Wunden werden bei „Entzündungen" besprochen. Wie in den letzten Jahren schon berichtet, so wurde auch im vergangenen Jahre Perubalsam in ausgedehntem Maße zur Behandlung derartiger meist stark verschmutzter Wunden herangezogen und zwar mit sehr gutem Erfolg. Im übrigen wurden die Wunden nach den bekannten Regeln der allgemeinen Chirurgie versorgt, die Sehnen möglichst sofort genäht ev. Serum

eingespritzt usw. Die Heilung erfolgte in allen Fällen ohne wesentliche Komplikationen.

II. Verbrennungen, Erfrierungen (4 M., 1 W.).

Eine geringgradige Erfrierung der Zehen wurde mit Kampferweinverbänden behandelt. Die Verbrennungen waren alle durch heißes Wasser entstanden, infolgedessen nicht besonders schwer. Sie konnten alle nach 4—5 Wochen entlassen werden.

III. Schuß- und Stichverletzungen (6 M., 1 W.).

Nr. 3714 war eine schwere Schußverletzung des l. Fußes bei einem Knaben, so daß die Amputation des Fußes nötig wurde. Bei 1050 handelte es sich um eine Nadel im Knie, die bei dem 5 jährigen Kinde in Lokalanästhesie entfernt werden konnte.

IV. Verstauchungen, Verrenkungen, Gelenkverletzungen usw. (34 M., 6 W.).

Hierher sind zunächst einige harmlose Quetschungen der Weichteile des Beines zu rechnen, die schnell unter Ruhelagerung und Verbänden mit essigsaurer Tonerde abheilten. Dann einige Verstauchungen des Fußgelenkes, bei denen wir möglichst zeitig mit Heizen und Massage anfingen und damit gute Resultate erzielten. Komplizierter in der Diagnose und schwieriger in der Behandlung waren die Knieverletzungen. Auch hier sind zunächst einige unbedeutende Quetschungen anzuführen, die nach wenigen Tagen in ambulante Behandlung entlassen werden konnten. Ferner einige alte Verstauchungen, schließlich Bandabreißungen in geringem Grade. In allen Fällen, in denen sich die Heilung längere Zeit hinzog, gaben wir eine Kniekappe, die besonders subjektiv sehr angenehm empfunden wurde. Wenn Bluterguß im Knie vorhanden war, punktierten wir, nötigenfalls wiederholt. Im übrigen frühzeitige Massage und Bewegung mit Heißluftbädern. Nr. 2314 war eine ausgedehnte Weichteilverletzung am Knie mit Eröffnung des Gelenkes, deren Behandlung sich über mehrere Montate erstreckte und Transplantationen erforderte.

Ein besonderes Kapitel bilden die Meniscusluxationen, Fettkörper-, Kapseleinklemmungen, corpora libera sonstiger Aetiologie im Kniegelenk. Man geht im allgemeinen bei diesen Verletzungen jetzt viel mehr aktiv vor als früher und erzielt mit dieser Behandlungsweise gute Erfolge. Allerdings ist die genaue Diagnose über Art und Sitz des Fremdkörpers nicht immer leicht, und das erschwert die Therapie, da man ja natürlich nicht das ganze Gelenk aufklappen kann, um nach dem Störenfried zu suchen, sondern sich auf einen kleinen Schnitt an der Stelle begnügen muß, wo man ihn vermutet. Das Röntgenbild gibt nicht immer Klarheit. Man wird deshalb zunächst gerne einen Versuch mit konservativer Therapie machen. So beschränkten auch wir uns im Fall 2898, 2318, 654, 1876, 1148 auf die Verordnung einer Kniekappe, da wir zu einer klaren Diagnose, trotz des bestehenden Krachens nicht kommen konnten. Daß der Meniscus ausgedehnter gelöst sein kann, als man nach dem klinischen Befund erwarten sollte, lehrt der Fall 2912, wo der Patient

sehr geringe und auch nur periodisch auftretende Beschwerden hatte, während wir bei der Operation den einen Meniscus völlig losgelöst fanden. Heilung durch Exstirpation. Die Fälle von typischer Meniscusluxation 1596, 1299, 1128 wurden alle durch Exstirpation des Meniscus bedeutend gebessert. Ueber das definitive Resultat kann ich an der Hand der Krankengeschichten leider nichts aussagen, da die Fälle ambulant weiter behandelt wurden. Bei Fall 1534 und 1937 war der Befund bei der Operation ein anderer, als wir erwarteten. Bei ersterem fanden wir den Meniscus intakt; aber einen derben großen Fettkörper, der möglicherweise die Störungen verursacht hatte, obgleich seine Entfernung keinen eklatanten Erfolg brachte. Bei einem 2. Fall fanden wir einen Callus an der Tibia, wohl von einer früheren Abreißung eines Lig. cruciatum herrührend. Nach Abmeißelung dieses überschüssigen Stück Callus war die Besserung eine sehr gute. Schon aus der Uebersicht dieser wenigen Fälle ergibt sich, daß wir zwar eine Zeitlang konservative Therapie mit Kniekappe usw. treiben können, wenn diese nichts bessert, so sollen wir mit der Operation nicht zögern. In einer größeren Anzahl von Fällen wird man in operatione noch eine richtige Diagnose stellen können. Umgekehrt wird auch unsere Diagnostik durch häufigeres Operieren dieser so unangenehmen Verletzungen an Schärfe gewinnen. Es bedarf dieser Teil der Chirurgie noch einer gründlichen Durcharbeitung in den nächsten Jahren.

V. Frakturen.

a) Schenkelhalsfrakturen (5 M., 3 W.). Nr. 3003, 3035, 1552, 2697, 3484, 1339.

Die extrakapsulären heilten, wie immer, gut. Bei einem Fall, 1748, von intrakapsulärer Schenkelhalsfraktur mit Pseudarthrose wurde durch den Trochanter und Kopf eine große Schraube eingeschraubt, und dadurch eine bedeutende Besserung erzielt. Patientin, die vorher nur mit Krücken gehen konnte, ohne Benützung des Beines, geht jetzt recht gut mit Stock. In einem 2. derartigen Fall 525 wurde operative Ankylose des Hüftgelenks herbeigeführt, und dadurch Gehfähigkeit erzielt.

b) Oberschenkelschaftfrakturen (22 M., 11 W.).

Nr. 1068, 1009, 1115, 488, 2099, 2085, 1985, 1565, 1437, 2856, 3541, 490, 226, 1356. 12 Fälle von nicht komplizierter Schaftfraktur heilten sämtlich nach 4—6 Wochen ohne wesentliche Verkürzung; bei einem Fall (1957 demens) dauerte die Heilung die doppelte Zeit. In 2 Fällen 1393 und 697 handelte es sich um Sequestrotomie bei alten Oberschenkelfrakturen, ein Fall 3689 kam zur Begutachtung. Es wurde in allen Fällen ein Extensionsverband angelegt, Zuppinger oder Heftpflasterstreifen; bei kleinen Kindern wurde die Extension in Galgenform bevorzugt. Bei einem 7 jährigen Kinde 2472 wurde letztere Extension gleichfalls angewendet, weil das Kind eine rechtwinkelige Kontraktur im Kniegelenk hatte. Nach Verheilung der Fraktur wurde das Knie gestreckt, was nur teilweise gelang.

Größere Schwierigkeiten machten uns einige komplizierte Frakturen.

Nr. 3193 und 3263 heilten mit Extension in 3 bzw. 7 Monaten. Nr. 2545 mußte blutig reponiert und mit Klammer fixiert werden. Eine veraltete, nicht konsolidierte Oberschenkelfraktur 2297 wurde amputiert. Sehr viel Schwierigkeiten machte das Redressement von 196, eines alten, mit starker Verkürzung geheilten Bruches, bei dem nach der Reposition die Konsolidation nicht eintreten wollte (6 Monate).

Besondere Schwierigkeiten boten die suprakondylären Frakturen. Wir behandelten im letzten Jahre 4 derartige Fälle. Nr. 397 b war eine komplizierte Fraktur, bei der auch die Amputation der Sepsis keinen Einhalt tun konnte. Sie kam ad exitum. Fall 280 heilte mit gewöhnlicher Extension auf Zuppinger-Schiene. Bei Fall 1869 und 612 mußte blutig reponiert bzw. genagelt werden. Danach Heilung in guter Stellung.

c) Patellafrakturen (2 M., 2 W.).

Wurden sämtlich genäht mit gutem Erfolg.

d) Unterschenkelfrakturen (31 M., 10 W.).

Ohne besondere Schwierigkeiten in der Behandlung heilten Nr. 474, 2660, 3089, 3016, 188, 355, 2477, 2983, 1504, 3747, 729, 559, 905, 2340, 2341, 2372, 3036, 3389, 1332. Die Brüche, die in verschiedener Höhe des Unterschenkels saßen, sämtlich nicht kompliziert waren, zum Teil einen, zum Teil beide Knochen betrafen, heilten in wenigen Wochen mit Gipsverband oder Extension.

Von nicht komplizierten Unterschenkelfrakturen mußten operativ angegangen werden 2467, 3132, wo sich eine erneute Frakturierung des Knochens nötig machte. Es handelte sich dabei um einen vom Fußgelenk aus schräg nach oben außen durch die Tibia verlaufenden Bruch mit Einknickung der Fibula weiter oben. Bei Fall 2589 mußte später ein Sequester entfernt werden. Nr. 2866 zeigte eine sehr schlechte Heilungstendenz. Nachdem die Stellung und Konsolidation trotz Hackenbruch'scher Klammern sehr schlecht war, wurde versucht durch Periostauflagerung Heilung zu erzielen, ohne jeden Erfolg. Schließlich wurde der Knochen mit Klammern vereinigt, und dadurch leidliche Stellung erzielt. Bei Fall 1708 kam Nagelextension zur Anwendung mit nicht besonders gutem Erfolg. 478 hatte eine Tibiafissur vom Kniegelenk anfangend, mit einem freien Gelenkkörper, der entfernt werden mußte. Bei Nr. 454 wurden die schlechtstehenden Knochenenden mit Eisendraht umschnürt, und dadurch Heilung in idealer Stellung erzielt. Nr. 157 und 1254 waren alte schlecht geheilte Frakturen, die osteotomiert wurden. Bei 3172 wurde zunächst ein Sequester entfernt, dann mit Hackenbruch'scher Klammer Heilung erzielt.

Von komplizierten Unterschenkelfrakturen heilten ohne größeren Eingriff, wenn auch z. T. erst nach längerer Zeit Nr. 3682, 1012, 2981, 2706.

Nr. 1412 und 2033 wurden mit gutem Erfolg nach Steinmann behandelt. Bei Fall 2988 wurde wegen verzögerter Konsolidation ein Periost-

lappen auf die Fraktur gelegt mit nicht ganz eindeutigem Erfolg. Nr. 455 kam zur Amputation. Bei 1514 bestand gleichzeitig eine Zertrümmerung des Fußes, die mit Lisfrank'scher Exartikulation (atypisch) behandelt wurde.

e) Knöchelfrakturen (14 M., 3 W.).

Heilung ohne wesentliche Komplikation bei 2878, 472, 405, 967, 1168, 2188, 2269, 3587, 3525, 1759.

Komplizierte Frakturen, die aber auch keine Besonderheiten aufwiesen, waren 1768 und 2401. Alte Frakturen und zur Begutachtung waren 3077, 1975, 176.

f) Frakturen im Bereich des Fußes (11 M.).

Nicht kompliziert waren 2544, 1570 und 3693; letzterer, eine Kompressionsfraktur des Talus mit Absprengung, machte die blutige Entfernung des abgesprengten Stückes nötig. 3101, 2572 waren alte geheilte Frakturen mit Beschwerden.

Komplizierte Frakturen waren 3286 (Schnittverletzung), 1392, die ohne größeren Eingriff heilten. 2741 machte die Amputation des Endgliedes der großen Zehe nötig. 1515 nach Lisfrank amputiert. Bei 1798 einer komplizierten Calcaneusfraktur wurde der Fuß nach v. Mikulicz reseciert, und sämtliche Beugesehnen des Fußes tenotomiert.

B. Entzündungen.

I. Weichteilentzündungen (57 M., 38 W., 3 †).

Nr. 2463 und 2279 waren Neuritiden, letztere wurde auf die Med. Klinik verlegt.

Nr. 1568 und 3704, Fälle von Elephanthiasis, wurden mit Kompressionsverbänden gebessert. Letzterer Fall hatte zugleich eine Fibromatosis v. Recklinghausen. 42 nicht im einzelnen anzuführende Fälle betreffen Phlegmonen, akute Abscesse, inficierte Wunden, Lymphangitiden bzw. Adenitiden nach Wunden oder Lymphangitis rheumatica, Bursitiden. Ihre Behandlung entsprach den allgemein üblichen Regeln. Ihr Verlauf zeigte keine besonderen Komplikationen. Fall 2640 kam mit einem Dekubitalgeschwür und Lymphangitis bei hochgradigem Plattfuß in die Klinik. Nach Abheilung der Entzündung wurde eine Keilosteotomie versucht, die aber mißlang, so daß Pirogoff angeschlossen werden mußte. 7 Fälle von Erysipel mit 2 Exitus 2025, 2175, 2415, 3234, 1265, 2689, 2603. 2689 † und 2603 †. Wir hatten bei Erysipel guten Erfolg mit Mesotanpinselungen. 2087 Sehnenscheidenentzündungen am Tib. post. vielleicht gonorrhoischer Natur.

Varicen und Ulcera cruris (13 M., 9 W., 1 †).

Resektion der Varicen wurde nach der Narath'schen Methode durchgeführt. Bei Ulcus cruris hatten wir sehr gute Erfolge durch Bestrahlung mit der Quarzlampe (3' alle 2 Tage), wie uns überhaupt diese Behandlung bei schlecht granulierenden oder sehr großen Wunden sehr gute Erfolge gebracht hat. Von Salben erscheint bei Ulcus cruris die Tumenolsalbe empfehlenswert.

Fall 211, ein sehr ausgedehntes Ulcus, wurde amputiert. Fall 1740 kam an Sepsis ad exitum. Es handelte sich um ein Ulcus mit nicht eitriger Thrombophlebitis. Die V. saphena wurde unterbunden. Es entwickelten sich im subkutanen Gewebe Abscesse, von denen die Sepsis ausging.

Weichteiltuberkulosen (6 M., 5 W.).

Es handelte sich um kalte Abscesse verschiedener Lokalisation, bei denen eine Knochenaffektion nicht nachgewiesen werden konnte. Punktion, Bestrahlung. 883, 1126, 1098, 3535, 483, 602, 359, 1830, 3430, 2037.

Thrombophlebitis und Gangrän (5 M., 2 W., 2 †).

Nr. 3402, 585, 2102, wurden durch Amputation, 580 und 2949 durch konservative Behandlung geheilt. Nr. 3124 und 3613 kamen ohne Behandlung ad exitum.

II. Entzündung der Knochen und Gelenke (18 M., 9 W., 1 †).

a) Arthritiden mit Ausnahme der tuberkulösen.

Nr. 2316. Ein Fall von Arthritis urica wurde nach 2 Tagen schmerzfrei entlassen. Wahrscheinlich um Gicht handelte es sich bei Fall 2427. Nr. 2396 und 2147 waren Fälle von gonorrhoischer Arthritis, die mit Heißluft bzw. Diathermie und Arthigon behandelt wurden.

Eitrige Arthritiden, 5 Fälle metastatisch bei Sepsis 515 (exitus) und 319; posttraumatisch 1761, 900 und 2655.

In das Gebiet der Arthritis deformans gehören die Fälle 584, 2910, 3247, 3084, 1816, 1977, 3365. Bei letzteren wurden 2 Corpora libera aus dem Gelenk entfernt, sonst war unsere Behandlung eine konservative. Radiumkuren wurden, wo aus äußeren Gründen durchführbar, empfohlen. Zu der Gruppe der chronischen Gelenkentzündungen unbekannter Aetiologie gehören Nr. 2548, 3069, 3308 (Knie), 433 (Fuß), 1978 (Zehen), 2446 (Knie). Bei diesen wurde Tuberkulose durch Probeexcision ausgeschaltet. Nr. 2055 und 3010 nur klinisch, nicht anatomisch verifiziert. Nur bei 1978 wurde eine Lisfrank'sche Exartikulation vorgenommen, sonst konservative Behandlung. Nr. 1309 war ein Fall von alter multipler Arthritis mit so hochgradigen Kontrakturen, daß Patientin keinen Schritt gehen konnte (spastische Spiralparalyse nicht auszuschließen).

Schmerzen in Gelenken ohne Befund waren bei Nr. 3504 (Hüfte nach 2 Tagen durch Bettruhe geheilt), 3681 Fuß (Novokaineinspritzung subjektiv gebessert), 3451 vorhanden. In letzterem Falle wurde die schmerzhafte Stelle freigelegt, und dort ein Gefäßstrang festgestellt, der möglicherweise die Störungen verursacht haben konnte. Mal perforant Nr. 3112 rechts Lisfrank, links Pirogoff.

Periostiten (1 M., 1 W.). Nr. 1542 luetische, 3367 akut entzündlich.

b) Tuberkulose (56 M., 36 W., 1 †).

Coxitis 20 Fälle, 1 Exitus Nr. 2174 an tuberkulöser Peritonitis.

Bei den Fällen war die Behandlung verschieden, je nachdem der Patient längere Zeit stationär behandelt wurde oder bald wieder entlassen zu werden wünschte. Letzteres traf für die Mehrzahl der Kinder zu, soweit die Coxitis frisch war, wo also keine pathologische Luxationen, unkorrigierte schlechte Stellung oder Fisteln vorhanden waren; hier legten wir Gipsverbände an und wechselten sie nach einiger Zeit (bei Kindern je nach dem Alter ca. 4 Wochen). Für den Verbandwechsel blieben die Kinder meist auch einige Zeit in der Klinik. Auch einzelne Coxitiden Erwachsener wurden nur kurze Zeit in die Klinik aufgenommen. Es waren das fast ausgeheilte Fälle, bei denen ab und an noch ein Absceß punktiert werden mußte. Zu dieser Gruppe gehören Nr. 1015, 1077, 1162, 680, 2116, 2119, 3727, 1286, 3173, 1820 (letzterer Fall keine ganz sichere Diagnose).

Erwachsene waren meist längere Zeit in stationärer Behandlung. Zunächst wurde bei ihnen mit Extension behandelt, und erst wenn die Entzündung soweit abgeheilt war, daß die Schmerzhaftigkeit es gestattete, wurde ein Gipsverband angelegt. Ebenso wurden Kinder mit schlechter Stellung der Extremität behandelt Nr. 2996, 2039, 739. Operationen wurden bei allen Tuberkulosen, wie bisher, auf das notwendigste eingeschränkt, dafür energische Röntgenbestrahlung, Bestrahlung mit Quarz und Bogenlampe, Sonnenbelichtung, Jod, Tuberkulin usw. zur Behandlung herangezogen. Wir waren mit den Erfolgen dieser konservativen Therapie bei Gelenktuberkulosen im allgemeinen zufrieden. Sicherlich kann man aber von keinem der hier angegebenen Faktoren sagen, daß er ein Universalheilmittel darstellt. Es sind alles nur Unterstützungsmittel: Die Hauptarbeit bei der Heilung der chirurgischen Tuberkulosen besorgt der Körper selbst.

Aus den Krankengeschichten allein ist nicht mit Sicherheit zu sagen, wie die Erfolge unserer konservativen Therapie waren, und wieviel Prozent früher behandelter später doch noch zur Resektion oder Amputation kamen, da die Bestrahlung ambulant durchgeführt wurde, und sich keine Notizen in den Krankengeschichten finden.

Ausgeheilte Hüftgelenkstuberkulosen bedurften wiederholt einer Korrektur der schlechten Stellung durch Osteotomie bzw. Resektion des Kopfes Nr. 671, 1055, 2978.

Gonitis (26 M., 15 W.).

Konservativ behandelt wurden Nr. 3548, 1196, 1586, 1600, 1691, 1821, 2289, 2979, 3020, 3479, 244, 499, 2184, 692, 530, 529, 1436, 1434, 1342, 2264, 2235, 2337, 2479, 2863, 2520, 1524, 285, 1089, 256, 3456, 225, 551, 496. Reseciert wurden Nr. 3260, 618, 1485, 461. Amputiert wurden Nr. 770, 2845. 2088 war eine Ankylose im Kniegelenk, nach einer alten Gonitis. Sie wurde durch Osteotomie gestreckt.

Fußtuberkulose (31 M., 15 W.).

Konservative Behandlung: Nr. 2843, 1883, 1501, 1261, 1281, 1092,

773, 649, 2886, 3500, 3731, 338, 418, 3461, 2564, 2707, 2036, 1633, 1519, 1238, 1049, 1060, 5332, 3722, 2511, 417, 1256, 398.

Amputationen im Unterschenkel Nr. 3606, 939, 792, 1437.

Pirogoff Nr. 2474, 165.

Zehenexartikulation 1623, 2254.

c) Osteomyelitis (30 M., 4 W.).

Es werden hier die Fälle von akuter und chronischer Osteomyelitis zusammengefaßt. Die Behandlung bestand in Eröffnung der Abscesse Sequestrotomie usw., wobei wir nur selten die längeren, die ganze Extremität einnehmenden Schnitte in Anwendung brachten, sondern uns wenn möglich aut kleinere Schnitte beschränkten. Plombierungen wurden nicht vorgenommen. Nr. 3150, 241, 195, 192, 327, 3301, 3285, 2909, 589, 975, 921, 1142, 1123, 1028, 1440, 1738, 1742, 2854, 2826, 2735, 3176, 3143, 1499, 1536, 3730, 3424, 3608, 911, 2263, 533, 3428. Der Verlauf aller dieser Fälle war der gewöhnliche. Ein gewisses Interesse bietet Fall 2933 (3384). Hier saß der Herd in der Linea intertrochanterica und hatte von da aus eine Coxitis verursacht. Zur Amputation kam Nr. 874.

Deformitäten und Lähmungen.

I. Deformitäten.

1. Kongenitale Hüftgelenksluxationen (2 M., 16 W.).

Die Behandlung war die gleiche wie bisher: Redressement und Eingipsen für einige Monate in stark abducierter und flektierter Stellung. Darauf Verbandwechsel in etwas gestreckterer Stellung und ev. noch ein 3. Verband. Ein Teil der Kinder sind noch im vorigen Jahre eingerichtet worden und vollendeten dieses Jahr die Behandlung, Nr. 219, 745, 1505, 548, 3552, 3495, 1010; bei diesen war die Behandlung mit guter Stellung des Kopfes vollendet. Nr. 1268. Neu waren Nr. 449, 1727, 2740 gute Stellung. Nr. 561, 2914 gute Stellung Nr. 3306, 1160.

Unbehandelt auf Wunsch der Eltern blieben Nr. 3467, 1432. Bei Fall 1566, 8½ Jahre alt, war die unblutige Reposition nicht möglich; der Versuch der blutigen Reposition gelang gleichfalls nicht. Im Extensionsverband wurde eine leidliche Stellung erzielt.

Coxa vara 3 M. Extensionsverband und Bettruhe ohne Erfolg Nr. 3345, 1564, 1672.

2. Genu varum et valgum 6 M., 7 W.

Osteotomie bei Nr. 1430, 3126, 287, 411, 475, 1827, 2496, 2830, 3007 mit gutem Erfolg.

Unbehandelt, meist weil Patient nicht operiert sein wollte, blieben Nr. 3434, 3696, 651, 1258.

3. Plattfuß (10 M., 7 W.).

Mit Einlagen, Massagen usw. wurden behandelt Nr. 249, 784, 1264, 3222, 3190, 2493.

Redressement bei fixiertem Plattfuß bei 1143, 2154, 780, 3038.

Operativ behandelt wurde Nr. 237 (Keilosteotomie aus Talus und Calcaneus und freie Fascientransplantation zur Verstärkung. Gebessert entlassen). Nr. 634 wie vorige, jedoch ohne Fascie und mit Durchschneidung des Peroneus brevis, klagt bei der Entlassung noch über Schmerzen. Nr. 815, (Arthrodese nach Abmeißelung der Knorpelflächen des Talus und Naviculare, beim 2. Gipsverband [1948] erneutes Redressement. Stellung gut). Nr. 1212 wie vorige, geheilt. Nr. 3391 hier wurde eine neue Methode angewandt. Von dem Gedanken ausgehend, daß beim Einsinken des Fußgewölbes Talus und Calcaneus umgekippt sind, wobei der Talus sich mit seinen Gelenkflächen am meisten verschoben hat, wurden alle distalen Gelenkverbindungen also des Talo-calcaneus und Talo-naviculare durchtrennt und das eingesunkene Fußgewölbe wieder aufgerichtet. Bei der Entlassung steht Talus und Naviculare gut nach oben. Das Fußgewölbe ist bis zur Hälfte wieder hergestellt; dabei ist doch die Beweglichkeit nur wenig gehemmt. Die Achse des Beines fällt in den äußeren Teil des Calcaneus.

4. Klumpfüße (6 M., 3 W.).

Nur Nachtschiene erhielt Nr. 3672. Nur geheizt Nr. 693. Mit Redressement und Gipsverband wurden behandelt Nr. 2704, 3422, 414, 2829, 3080.

Osteotomie war nötig bei 300, 2965.

Da die Behandlung ambulant fortgesetzt wurde, läßt sich über den Enderfolg nichts sagen.

5. Hallux valgus (6 M.).

Keilosteotomie mit Entfernung der meist vorhandenen bursa Nr. 3352, 2063, 1525, Erfolg gut, bei letzterem Fall war die Heilung durch Wundeiterung gestört. Außer Keilexcision noch Sehnenverpflanzung auf die med. Seite der großen Zehe bei 2178. Nur mit Excision von Frostbeulen wurde 984 ohne Erfolg behandelt. Eine Hammerzehe Nr. 948 wurde exartikuliert. Nr. 1283 Exostose am Köpfchen der Metatarsale V.

6. Multiple Mißbildungen et varia (2 M., 1 W.).

Nr. 859. 4 Monate altes Kind (Strabismus, Nystagmus). Kontraktion der Arme und Beine, mangelhafte oder fehlende Entwickelung von Knie und Fußgelenk. Behandlung als erfolglos abgelehnt.

Nr. 953. (Amelie, Spaltfuß, Syndaktylie, Operation der Syndaktylie geheilt).

Nr. 2070. Calcaneussporn. (Heißluft etwas gebessert).

II. Lähmungen (11 M., 3 W.).

Spinale Kinderlähmung, Sehnenüberpflanzung Nr. 3305 (M. tib. ant. an Cuboid bei Klumpfuß). Nr. 1408 und 2064 (Peron. long. an Naviculare). Nr. 1731 (Ext. hallucis auf Metat. V). Arthrodese Nr. 3542, 534.

Stoffel'sche Operation 2349 (ausgeführt von Dr. Stoffel, Mannheim): Zerebrale Kinderlähmung, Durchschneidung eines Astes d. N. tibialis zum Gastrocnemius, Durchschneiden der Hautnerven (Cut. sur. med.), Durchschneiden von Nervenästen zum Obturatorius. Einen Monat später andere Seite operiert. Spasmen bei der Entlassung geringer.

Nr. 3439 ein Fall von Narbenkontraktur nach Stoffel'scher Operation. Zum Verbandwechsel, Beobachtung oder Apparat-Reparatur nur wenige Tage in der Klinik 1391, 1563.

Apparatbehandlung event. mit Redressement 547, 2280, 2979, 3329.

Geschwülste (9 M., 4 W.).

1. Gutartige: Nr. 3034 Knochencyste früher entfernt, jetzt noch Fistel, wurde ausgekratzt. Nr. 3054 Hygrom, Exstirpation. Nr. 2492 Hygrom unoperiert entlassen. Nr. 3592 verkalktes Atherom.

2. Bösartige (Nr. 2068 ein Carcinom der Fußsohle wurde exstirpiert.

Nr. 161 Melanosarkom schon 2 mal excidiert mit Metastasen lokal entfernt und Bestrahlung.

Nr. 350. Sarcoma femoris Exstirpation mit Knochenüberpflanzung abgelehnt. Nr. 574. Rundzellensarkom, Operation abgelehnt. Nr. 2992. Rundzellensarkom der Haut am l. Knie, Behandlung mit Röntgenstrahlen, Natr. cacodylic, Arsenikpaste (Zeller). Tumor kleiner geworden.

Nr. 2732. Inoperables Sarkom des Oberschenkels.

Nr. 3256. Calcaneussarkom, Amputation des Unterschenkels.

Nr. 545. Fibulasarkom, Resektion der Fibula.

Nr. 3637. Sarkom des Oberschenkels mit Spontanfraktur. Exartikulation.

B. Ambulatorische Klinik.

(Bearbeitet von Dr. Lobstein.)

Im Jahre 1912 wurden in der chirurgischen Ambulanz
7368 Männer
2748 Frauen
zusammen 10116 Patienten (gegen 10156 im Jahre 1912) behandelt.

Auf die einzelnen Monate verteilt sich der Krankenzuzug folgendermaßen:

Januar	847
Februar	836
März	870
April	909
Mai	942
Juni	894
Juli	1007
August	924
September	699
Oktober	773
November	742
Dezember	673
Summa	10116

Folgende Krankheitsformen kamen zur Beobachtung:

I. Entzündungen.

A. Akute.

Panaritien	442	Bursitis	41
Phlegmonen, Furunkel, Abscesse	608	Arthritis	103
		Periostitis	69
		Osteomyelitis	69
Dermatitis, Lymphangitis, Lymphadenitis	230	Pleuraempyem	15
		Eiterung der Nebenhöhlen des Mundes	4
Tendovaginitis	37	Parulis	16

Mastitis	20	Parotitis	8
Erysipel	5	Erosiones pedis	46
Anthrax	5	Sepsis	5
		Diphterie	1

B. Chronische.

a) Tuberkulose		b) Lues	
der Haut und Schleimhaut	29	der Haut und Schleimhaut	7
der Lymphdrüsen	227	der Drüsen	3
der Sehnenscheiden	5	der Knochen	3
des Hüftgelenks	35	c) verschiedener Natur	
des Kniegelenks	44	Periostitis und Osteomyelitis	60
des Fußes	28	Arthritis	160
des Ellbogens	18	Unguis incarnatus	28
der Hand	34	Ekzem, Dermatitis	120
der Rippen	22	Ulcus cruris, Varicen	232
der Wirbelsäule	11	Thrombophlebitis	232
der übrigen Knoten,	25	Myositis ossificans	1
der Hoden	12	Aktinomykosis	1
kalte Abscesse	41	Elephantiasis	2

II. Tumoren.

A. Maligne.

1. Carcinome				2. Sarkome.	
Haut	42	Rectum	13	Drüsen	6
Drüsen	3	Leber	4	Knochen	17
Lippe	12	Gallenwege	4	Epulis	11
Zunge	3	Penis	1	Fascien	1
Nase	3	Prostata	1	Lymphsarkome	4
Speiseröhre	8	Mamma	21		
Magen	32	Kiefer	2		
Darm	1				

B. Benigne.

Angiome	22	Tonsillarhypertrophie	3	Ganglion	48
Fibrome	9	Osteome u. Exostosen	6	Naevi	12
Lipome	26	Atherome	69	Cysten	18
Papillome	8	Dermoide	10	Ranula	3
Verrucae	33	Hygrom	1	Struma	345
Nasenpolypen	5	Clavus	35		

III. Hernien, Hydrocelen, Varicocelen.

Leistenbrüche,	einfache	Männer	358
		Frauen	64
	incarcerierte	Männer	14
		Frauen	2

Schenkelbrüche, einfache		Männer	9
		Frauen	10
	incarcerierte	Männer	5
		Frauen	11
Bauch-, Nabel-, epigastrische Hernien			
	einfache	Männer	37
		Frauen	23
	incarcerierte	Männer	2
		Frauen	3
Hydrocelen			48
Varicocelen			2
Spermatocele			1

IV. Verletzungen.

Schußwunden	84
Stich- und Schnittwunden	380
Riß-, Biß-, Quetsch- und Hiebwunden	1017
Verätzungen	140
Verbrennungen	140
Erfrierungen	17
Muskelzerrungen	44

Knochenbrüche.

Schädel	23	Schlüsselbein	36
Nasenbein	2	Schulterblatt	3
Oberkiefer	2	Humerus	38
Unterkiefer	3	(Ellbogen)	25
Wirbelsäule	8	Radius	29
Rippen	20	Ulna	6
Radius und Ulna (29 + 6)	35	Becken	2
Handwurzel	19	Steißbein	1
Mittelhand	19	Femur	30
Finger	14	Patella	4
		Tibia und Fibula	41
		Malleolen	32
		Fußwurzel	16
		Mittelfuß	16
		Phalangen	16
Meniscusverletzung	5	Corpus liberum	5

Luxationen.

Wirbel(säule)	2	Kiefer	4
Clavicula	6	Hand und Finger	7
Schulter	32	Fußgelenk	3
Ellbogen	15	Patella	1
Hüfte	3		

Pseudarthrose	2
Kontusion u. Distorsionen	714
Commotio cerebri	1
Bauchquetschung	25
(darunter Automobil-Ueberfahrungen 6)	

V. Erkrankungen der Bauchorgane inkl. weibliche Genitalien.

Magenulcus, Pylorusstenose	27	Peritonitis acuta	16
Gallensteine	123	Peritonitis tuberc.	2
Appendicitis	235	Ileus	14
Invagination	1	Abdominaltumoren	33
Kotfistel	4	Erkrankungen d. weibl. Genitalorgane	32
Colitis. membr.	1		
Beschwerden nach Bauchoperationen			29
Nichtchirurg. Krankheiten der inneren Organe			203
Fadenfisteln			6

VI. Erkrankungen der Harnorgane, der männlichen Genitalien und des Mastdarmes.

Nierentuberkulose	12	Harnröhrenstriktur	6
Wanderniere, Hydronephrose	7	Harnröhrenfistel	1
Cystitis	17	Hämorrhoiden	63
Hämaturie	4	Fistula ani	28
Prostatahypertrophie	62	Prolapsus ani	7
Blasenstein	6	Strictura ani	1
Blasentumor	2	Atresia ani	1
Blasenruptur	1	Periproctit. Absceß	4
Fremdkörper	2	Gonorrhoe	8
Prostatitis abscedens	3	Paraphimose	10

VII. Kongenitale Erkrankungen.

Hasenscharte	9	Hypospadie	3
Gaumenspalte	15	Epispadie	3
Mißbildung am Ohr	1	Caput obstipum	5
Polydaktylie	2	Kurzes Zungenbändchen	5
Pes varus	13	Kryptorchismus	2
Hammerzehe	2	Hermaphroditismus	1
Phimose	9		

VIII. Verschiedenes.

Rhachitis	4	Zahncaries, Zahnfistel	31
Kinderlähmung	1	Kieferklemme	31
Plattfuß	154	Blutung nach Zahnextraktion	3
Skoliose	20		

Kyphose	3	Angina	19
Genu valgum	15	Epistaxis	2
Genu varum	1	Hämophilie	2
Hallux valgus	8	Gangrän	6
Coxa vara	3	Sprachfehler	6
Lumbago, Ischias	24	Epilepsie	6
Rheumatische Affektionen	39	Lähmung	4
Neuralgien usw.	51	Kontraktur nach Verletzung	5
Polyarthritis	11	Dupuytren'sche Kontraktur	1
Osteomalacie	1	Schnellende Finger	1
Apoplexie	1	Ohrerkrankung	4
Fremdkörper subkutan	123	Tabische Gelenkerkrank.	1
Fremdkörper verschluckte	11	Conjunctivitis	1
		Tetanus	2

Operative Eingriffe.

Hautnähte u. Gefäßligaturen	126	Operation bei Unguis incarnatus	19
Sehnen- und Nervennaht	15	Exstirpation kleiner Tumoren	114
Incision von Panaritien	592	Amputation, Exartikulation v. Fingern	5
Phlegmonen, Furunkeln	592	Zertrümmerung v. Ganglien	18
Exkochleation, Thermokauteration	22	Extraktion v. Fremdkörpern	89
Punktion kalter Abscesse, Hydrocelen usw.	23	Einschneiden d. Zungenbändchens	5
Phimosenoperation u. Dehnung	3	Aetzung mit Kohlensäure oder rauch. Salpetersäure	28
Paraphimosenoperation	3		

Anästhesie.

Chloräthylrausch	37	Chloräthyl	325
Aetherrausch	37	Novocain	321

Arbeiten aus der chirurgischen Klinik vom Jahre 1912.

Prof. Wilms, Bildung eines künstlichen Choledochus durch ein einfaches Drainrohr. Berl. klin. W. 1912, Nr. 12.

Ders., Umschnürung und Verschluß des Pylorus durch Fascienstreifen. D. med. W. 1912, Nr. 2.

Ders., Die Erfolge der nach meiner Methode ausgeführten perinealen Prostatektomien mit seitlichem Schnitt. Münch. med. W. 1912, Nr. 47.

Wilms, Wullstein, Lehrbuch der Chirurgie. III. Auflage.

Prof. Voelcker, Entstehung der Hydro- und Pyonephrosen nach Röntgenstudien. Verhandl. des Chirurg. Kongresses. 1912. I. S. 274. —

Ders.: Operationen an den Samenblasen. 1912. I. S. 300.

Ders., Therapie des einheimischen Leberabscesses. Fortschritte der Medizin 1912.

Ders., Chirurgie der Samenblasen. Neue Deutsche Chir. Herausg. von P. v. Bruns. Stuttgart, Ferd. Enke 1912.

Ders., Chirurgie des Halses. Handbuch der praktischen Chirurgie. Enke, Stuttgart, 4. Auflage.

Prof. Dr. Gg. Hirschel, Die Anästhesierung des Plexus brachialis in der Achselhöhle bei operativen Eingriffen an der oberen Extremität. Münch. med. W. Nr. 22. 1912.

Ders., Die Lokalanästhesie bei Operationen am Pharynx und Oesophagus. Münch. med. W. 1912, Nr. 44.

Ders., Die intraperitoneale Anwendung des Kampferöles. Münch. med. W. 1912, Nr. 37.

Ders., Die Anästhesierung des Plexus brachialis in der Achselhöhle. Vortrag auf dem Chir. Kongreß 1912.

Privatdozent Dr. B. Baisch, Die Röntgentherapie der chirurg. Tuberkulose. Klin.-therapeut. Wochenschr. 1912, Nr. 21.

Ders., Das Redressement des zentralen Plattfußes in Lokalanästhesie. Zentr. f. Chir. und mech. Orthopädie 1912, Bd. VI, Nr. 6.

Ders., Eine elastische Bandage zur Behandlung mobiler Skoliosen. Münch. med. W. 1912, Nr. 28.

Ders., Die Diathermie und ihre Anwendung in der Orthopädie. Naturhist.-med. Ver. Heidelberg. 16. VII. 1812. Ref. D. med. W. 1913, Nr. 50.

Ders., Bau und Mechanik des gesunden Fußes und des Plattfußes. Zeitschr. f. orthopäd. Chir. XXXI. Bd. S. 218.

Ders., Die kongenitale radio-ulnare Synostose. Zeitschr. f. orthop. Chir. XXXI. Bd. S. 46.

Ders., Fortschritte in der chirurg.-orthopädischen Behandlung der spinalen und zerebralen Kinderlähmung. Münch. med. W. 1912, Nr. 39.

Ders., Röntgenbehandlung tuberkulöser Lymphome. Strahlentherapie Bd. I, S. 286.

Privatdozent Dr. C. Franke, Ueber einen Fall von Heilung pylephlebitischer Leberabszesse nach Appendicitis. Münch. med. W. 1912, Nr. 39.

Ders., Parametritischer Abszeß mit Durchbruch beiderseits durch das Foramen ischiadicum in die Regio glutaea. Berl. klin. W. 1912, Nr. 10.

Ders., Ueber die Sensibilität in der Bauchhöhle. Berl. klin. W. 1912. Nr. 42.

Ders., Ueber die Lymphgefäße der Lunge. Zugleich ein Beitrag zur Erklärung der Bauchererscheinungen bei Pneumonie (Habilitationsschrift). D. Zeitschr. f. Chir. Bd. 119.

Ders., Ueber die Anthrakose retroperitonealer Lymphdrüsen und die Möglichkeit direkter Metastasen von den Brustorganen zu diesen Drüsen. Zieglers Beiträge. Bd. 54.

Ders. und Dr. H. L. Posner, Zur Lokalanästhesie im kleinen Becken. Arch. f. klin. Chir. Bd. 99, H. 1.

Dr. Kolb: Zur Antimeristenfrage. Vortrag auf dem Chirurgenkongreß in Berlin am 10. IV. 1912.

Ders., Zur Antimeristenfrage. Berl. klin. W. 1912, Nr. 17.

Ders., Die Nachbehandlung der Knieresektion unter Anwendung der Schienenschraubenkontension. Zentr. f. Chir., 1912, Nr. 24.

Ders., Ueber Intestinalerscheinungen bei Basedowscher Krankheit und die Schwierigkeiten der Diagnose. Münch. med. W., 1912, Nr. 49.

Ders., Die Uterusbauchdeckenfisteln. Gynäkologische Rundschau, 1912, Nr. 22 und 23.

Ders., Zur ätiologischen Therapie des Krebses: Das Antimeristem und seine Bedeutung als ein spezifisches Mittel gegen Krebs. Klinisch-therapeutische Wochenschrift. 1912, Nr. 50.

Ders., Ein Beitrag zu den Knochentumoren thyreogener Natur. Bruns' Beiträge Band 82, Heft 2.

Dr. Rost, Die anatomischen Grundlagen der Dickdarmperistaltik. Chir. Kongreß 1912 u. Arch. f. klin. Chir. Bd. 98, Heft 4.

Ders., Ueber die rektale Aufblähung des Dickdarmes. Münch. med. W. 1912, Nr. 38.

Dr. Neumann, Der „Heidelberger Stahldraht-Gipshebel", ein einfaches, Zeit und Kraft sparendes Mittel zum Oeffnen fester Verbände. Zentr. f. Chir. 1912, Nr. 50.

Ders., Zur Operation sehr großer mit kompletter Kieferspalte einhergehender Hasenscharten. D. med. W. 1912, Nr. 52.